UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCUS RODENS

A FORME ATROPHIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 1907

PAR

Joseph-Henri DANIEL

Né à Brest (Finistère), le 26 Novembre 1879

Elève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBREUILH	professeur adj.	*Président.*
PITRES	professeur ...	*Juges.*
RONDOT	agrégé.......	*Juges.*
VERGER	agrégé.......	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCUS RODENS

A FORME ATROPHIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 1907

PAR

Joseph-Henri DANIEL

Né à Brest (Finistère), le 26 Novembre 1879

Élève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse :	MM. DUBREUILH	professeur adj.	*Président.*
	PITRES	professeur ...	*Juges.*
	RONDOT	agrégé.......	
	VERGER	agrégé.......	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES.................. Doyen. | M. DE NABIAS...... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. MICÉ.................
DUPUY...............
FIGUIER.............
MASSE...............
Professeurs honoraires.

	MM.
Clinique interne.....	PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie et thérapeutique générales.	VERGELY, en congé MONGOUR, chargé
Thérapeutique.......	ARNOZAN.
Médecine opératoire.	N.
Clinique d'accouchements............	LEFOUR.
Anatomie pathologique...............	COYNE.
Anatomie...........	CANNIEU
Anatomie générale et histologie.........	VIAULT.
Physiologie.........	JOLYET.
Hygiène............	LAYET.
Médecine légale.....	N.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.

	MM.
Chimie.............	BLAREZ.
Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Pharmacie..........	DUPOUY.
Matière médicale....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale..............	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique............	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants............	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique............	SIGALAS.
Pathologie exotique.	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques........... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires................ POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.... MOURE.
Clinique des maladies mentales .... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. HOBBS.
MONGOUR.
CABANNES.

MM. VERGER.
ABADIE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe: MM. CHAVANNAZ.
BÉGOUIN.
VENOT.

Accouchements.: MM. FIEUX.
ANDERODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie........: MM. GENTES.
CAVALIÉ.

Physiologie...... MM. GAUTRELET.
Histoire naturelle. BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.............. MM. BENECH. | Pharmacie.......... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.................................. RONDOT.
Accouchements...................................... ANDÉRODIAS.
Physiologie... GAUTRELET.
Ophtalmologie .... LAGRANGE.
Hydrologie et Minéralogie........................... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté: LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je t'offre ce travail comme une bien faible compensation de tous les sacrifices que tu as faits pour moi. Sois assurée, chère mère, que je n'oublierai jamais ni leur étendue ni leur valeur et que toujours tu auras en moi un fils aimant et reconnaissant.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES CAMARADES

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHER MAITRE,

Je ne saurais trop vous remercier de l'intérêt que vous m'avez porté en me donnant le sujet de ce travail et en me guidant dans sa rédaction, ainsi que de l'honneur que vous me faites aujourd'hui en en accep-la présidence.

AVANT-PROPOS

S'il est pour nous, au terme de nos études médicales et au moment d'aborder la carrière que nous avons choisie, un devoir bien facile et bien agréable à remplir, c'est de remercier tous ceux qui nous ont guidé pas à pas dans notre tâche, avec une complaisance et un dévouement que nous sommes heureux de proclamer publiquement aujourd'hui.

Merci, d'abord à nos maîtres de l'école annexe de médecine navale de Brest et parmi ceux-ci les noms de MM. les docteurs Vergos et Kéraudren resteront à jamais gravés dans notre mémoire; et jamais nous n'oublierons la bonne volonté et la patience qu'ils ne cessèrent de déployer pour nous enseigner l'anatomie, cette science un peu rébarbative au début, à l'étude de laquelle ils surent nous intéresser.

Merci à tous nos maîtres de la Faculté de Bordeaux pour leur savant et intéressant enseignement, et en particulier à MM. les professeurs Demons, Pitres, Pousson, Venot, du service desquels nous avons eu l'honneur de faire partie.

Merci enfin et de tout cœur, à M. le Professeur Dubreuilh, dont nous avons suivi l'enseignement avec intérêt pendant nos trois années d'études à la Faculté de Bordeaux, du service duquel nous avons eu la bonne fortune de faire partie pendant un trimestre et à la complaisance de qui nous devons le sujet et les principaux éléments de ce travail inaugural.

J. D.

INTRODUCTION

Les epithelioma de la face, qui ont été peu étudiés, à l'exception du cancroïde de la lèvre inférieure qui a attiré l'attention des chirurgiens, sont considérés par beaucoup de médecins comme une lésion très grave, à marche assez rapide, avec adénopathie habituelle et généralisation fréquente ; ce qui est vrai de l'epithelioma de la lèvre inférieure seulement.

Certains epithelioma de la face, épithéliomes spino-cellulaires de Krompecher, ont une marche rapide et grave et se rapprochent du cancroïde de la lèvre inférieure.

Mais il existe à côté de ceux-ci tout un groupe d'epithelioma d'une espèce particulière qui ont pour type l'ulcus rodens.

Dans un travail d'ensemble sur l'ulcus rodens, MM. Dubreuilh et Auché (*Annales de dermatologie*, 1901) ont fait ressortir les caractères généraux de ce groupe et ont distingué plusieurs types cliniques : la forme nodulaire, la forme vulgaire, la forme térébrante et la forme atrophique ou cicatricielle.

C'est de cette dernière forme, que nous avons eu l'occasion d'étudier sur un certain nombre de sujets, dans le service de M. le Professeur Dubreuilh, que nous voulons nous occuper spécialement, nous proposant de nous étendre tout particulièrement sur la symptomatologie et le traitement qui offre dans le cas particulier une difficulté toute spéciale.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le premier auteur qui a décrit et distingué l'affection qui nous occupe est Jacobs, de Dublin. Il en a donné une première description, en 1827, dans le *Dublin Hospital Reports*, lui donnant le nom de « rodent ulcer ».

C'est surtout en Angleterre que l'ulcus rodens a été étudié. On peut distinguer trois périodes. La première va de Jacobs à Hutchinson (1827 à 1860). On le différencie nettement de l'epithelioma en se basant uniquement sur les caractères cliniques de l'affection.

Dans une seconde période, on étudie les caractères histologiques de l'ulcus rodens et l'on voit qu'il s'agit bien d'une tumeur épithéliale; mais on se refuse à lui donner le nom d'epithelioma, réservant cette dénomination pour les tumeurs épithéliales franchement malignes. Ces idées sont exposées complètement dans le livre de Thin, en 1886.

Dans une troisième période, on étudie et on discute l'origine de la néoplasie.

Déjà Thin et Walker, en 1878, avaient attribué à la lésion une origine sudoripare. En 1879, les frères Fox la font naître dans la gaine épithéliale externe des poils.

En 1894, une importante discussion a lieu à la Société pathologique de Londres, où différentes opinions sont émises. M. Kantack lui donne une origine sébacée, ainsi que Beadles

qui fait naître l'ulcus rodens sur le conduit excréteur de ces glandes. Spencer penche pour l'origine malpighienne. Walker croit à l'origine sudoripare. Colcott Fox se refuse à lui donner une origine glandulaire.

Dans une nouvelle discussion, à la même Société, en 1896, Hutchinson (Junior), s'appuyant sur une coupe histologique qu'il présente, donne pour point de départ à la lésion le réseau de Malpighi.

En France, en 1892, M. le professeur Dubreuilh, de Bordeaux, au Congrès allemand de dermatologie et de syphiligraphie, à Vienne, donne pour origine à la lésion l'épithélium malpighien. La même opinion est exposée, la même année, dans la thèse de son élève, M. Dangerfield.

En Allemagne, on confond l'ulcus rodens avec les autres epithelioma de la peau. Thiersch, cependant, vers 1865, le distingue sous le nom de cancer superficiel. En 1898, Karl Kreibich fait paraître une étude sur l'ulcus rodens, et lui donne pour origine l'épithélium malpighien et les follicules pileux. En 1899, dans une thèse de l'Université de Kiel sur l'ulcus rodens, l'auteur, M. Crohn, n'émet aucune opinion sur l'origine de la tumeur.

En France, la bibliographie est à peu près muette sur ce sujet. Verneuil et ses élèves, frappés de la marche spéciale de certains epithelioma de la face, et en raison de leur structure glandulaire, les considérait comme des epithelioma et des adénomes sudoripares. M. le professeur Dubreuilh, de Bordeaux, par la thèse de son élève Dangerfield, en 1892, et par un important mémoire paru dans les *Annales de dermatologie*, en 1901, en collaboration avec M. le professeur Auché, apporte un sérieux appoint à la question.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'ulcus rodens, quelle que soit sa forme, comme celle de tous les epithelioma de la peau est encore très obscure. Mais si les causes qui provoquent l'apparition de l'epithelioma de la peau en général et de l'ulcus rodens en particulier ne sont pas encore élucidées, on peut cependant mettre en relief certaines conditions spéciales dans lesquelles cette affection se manifeste : bien qu'encore parmi celles-ci, beaucoup, et des plus importantes, nous échappent complétement.

Comme tous les epithelioma, l'ulcus rodens est incontestablement une lésion de l'âge mûr.

Mais l'âge du début est inférieur à celui des autres formes de cancer de la peau, qui serait de cinquante-cinq ans d'après Roger Williams. Et si l'on s'en rapporte à la statistique de Bowlby et à celle de Dubreuilh et Auché, on trouve dans chacune un cas où l'affection a débuté chez des sujets de dix à quinze ans.

L'ulcus rodens est de tous les epitheloma cutanés celui qui se voit le plus souvent dans la jeunesse.

Pour ce qui est de la forme qui nous occupe, si nous nous rapportons à toutes les observations que nous avons pu rassembler à ce sujet, nous ne trouvons aucun cas ayant

apparu dans la jeunesse ou l'adolescence et l'âge moyen du début de l'affection paraît être de quarante à cinquante ans.

Quant au sexe, pour ce qui regarde l'ulcus rodens en général, Bowlby, sur soixante-six cas observés, a trouvé quarante hommes pour vingt-six femmes.

MM. Dubreuilh et Auché au contraire, d'après une statistique personnelle portant sur cent dix cas, sont d'avis que l'ulcus rodens est plus fréquent chez la femme et trouvent soixante-cinq femmes contre vingt-cinq hommes.

Pour la forme atrophique, sur treize cas que nous avons rassemblés, nous trouvons neuf femmes.

Nous sommes donc, en ce cas particulier, complétement d'accord avec la statistique de MM. Dubreuilh et Auché sur l'ulcus rodens en général, et nous croyons pouvoir dire que l'ulcus rodens atrophique est plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

L'hérédité, pas plus dans la forme qui nous occupe, que dans les autres formes d'ulcus rodens, ne paraît pas entrer en jeu. Et pas plus chez les auteurs que chez les malades que nous avons observés nous-même, bien que nous les ayons toujours interrogés très soigneusement à ce sujet, nous n'avons vu ce facteur jouer le moindre rôle.

Nous citerons cependant comme exception à cette règle générale, un seul cas, que M. le Professeur Dubreuilh nous a dit avoir observé lui-même, où la même lésion existait chez la mère et le fils. Cette femme fait le sujet de notre observation IX.

Les lésions précancéreuses ne paraissent pas prendre part à la production de l'ulcus rodens. Quant au traumatisme nous ne l'avons jamais trouvé pour notre part au début de la lésion. Mais nous trouvons dans le mémoire de MM. Dubreuilh et Auché deux cas (observations I et IV) où la lésion a débuté par une plaie, et un cas (observation XVIII) où la maladie aurait débuté à la suite d'un coup d'ongle.

De plus, dans la Thèse du Docteur Roux (thèse de Lyon, 1901, page 55), nous trouvons citée une observation dans

laquelle un coup d'ongle paraît avoir provoqué le développement de la lésion. Et Unna signale la prédisposition des gens de mer pour l'ulcus rodens. Cet auteur décrit « la peau de matelot » exposée à de nombreux traumatismes. Or, les Anglais, gens de mer, sont atteints fréquemment d'ulcus rodens.

Mais dans la plupart des cas, la lésion commence et évolue sans qu'on puisse trouver au début une cause étiologique quelconque pouvant expliquer l'apparition de la lésion.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

L'ulcus rodens à forme atrophique débute comme toutes les autres formes, par un petit nodule ou par une petite plaque rouge.

Dans la plupart des cas, il siège sur le front ou sur la tempe. C'est ainsi que sur dix observations que nous avons relevées, nous voyons la lésion avoir pour siège six fois le front et trois fois la tempe. Pour notre part, sur trois cas que nous avons étudiés à la clinique de M. le Professeur Dubreuilh, deux fois la lésion siège sur le front et une fois sur le nez.

Le siège de prédilection est donc le front et si les autres formes d'ulcus rodens se localisent volontiers sur le nez, ce siège, dans la forme qui nous occupe, constitue une rare exception.

De la tempe ou du front, la lésion peut envahir le cuir chevelu, quelquefois même sur une grande étendue. C'est ainsi que dans le cas de Thiebierge presque tout le cuir chevelu était envahi par une plaque mesurant quinze centimètres de diamètre.

M. Dubreuilh émet l'opinion que la tendance cicatricielle qui caractérise cette forme pourrait justement être due à son siège, et à l'appui de son opinion il cite l'observation d'une femme chez laquelle une vaste plaque d'ulcus rodens à forme atrophique, à marche lente, a pris rapidement la forme téré-

brante et une marche rapide en atteignant la racine du nez. (Observation IX).

Cette opinion nous paraît tout à fait fondée; d'autant plus que nous trouvons dans la science des observations d'ulcus rodens ayant pour siège des régions tout à fait diverses ; S. J. Paget cite un cas d'ulcus rodens de dimensions excessives siégeant aù cou et au dos ; le Docteur Allingham rapporte quatre cas d'ulcère rongeant de la marge ou de l'entrée de l'anus; on peut le retrouver aux membres et sur le tronc. Mais dans aucun de ces cas l'ulcus rodens n'a revêtu la forme atrophique.

Le nodule ou la petite plaque du début observée par le malade grandit peu à peu. Il se forme bientôt une dépression au centre, qui devient cicatriciel, sans ulcération préalable.

Quelquefois, au lieu d'un nodule unique le malade voit apparaître une série de nodules qui se conduisent de la façon déjà décrite. Dans certains cas, la dépression centrale va jusqu'à produire une ulcération qui grandit peu à peu et se cicatrise soit totalement, soit en partie, sans aucune intervention.

A mesure que la lésion se cicatrise au centre, elle progresse par les bords, excentriquement, de sorte qu'au bout d'un certain temps elle prend l'aspect d'une plaque irrégulière, avec un bourrelet marginal et une aire centrale cicatricielle.

Le bourrelet est caractéristique de la lésion. Mais il n'est pas toujours continu. Il est quelquefois interrompu, quelquefois n'existe que sous la forme de un ou quelques nodules ulcérés siégeant à la périphérie de la lésion.

Le bourrelet, quand il existe, n'a pas une largeur de plus de un à deux millimètres. La plupart du temps, il a une coloration rose, différant peu de l'aspect de la peau normale. Quelquefois ce bourrelet au lieu d'être opaque prend une sorte de demi-transparence ambrée. Enfin, très souvent, il a une coloration brunâtre plus ou moins accusée, pouvant aller, comme dans le cas de Galloway, jusqu'au noir bleuâtre.

Cette coloration qui existe dans toutes les formes d'ulcus rodens est particulièrement marquée dans la forme atrophique et nous verrons plus tard son importance au point de vue du diagnostic.

La saillie formée par le bourrelet, du côté de l'extérieur, est à peu près nulle. Mais il a une consistance très ferme et le doigt qui le palpe le perçoit avec une très grande netteté. Il est arrondi, très superficiel.

Quelquefois, ce bourrelet, comme nous l'avons déjà dit, au lieu d'être continu est interrompu en certains points et peut n'être représenté que par un ou quelques nodules affectant les mêmes caractères que le nodule du début de la lésion. Ils sont très durs au toucher, de la grosseur d'un grain de mil dans la plupart des cas; ils sont pâles, grisâtres ou d'un brun plus ou moins foncé. Ce sont ces nodules périphériques qui dans certaines circonstances peuvent se déprimer et former à leur centre une petite érosion qui se recouvre d'une croûtelle jaune brunâtre, laquelle, lorsqu'on l'enlève, laisse à découvert un fond laissant suinter une sérosité jaunâtre.

Ces érosions, allant de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de blé, sont comme la lésion principale, limitées à la périphérie par un bourrelet tantôt rose, tantôt demi-transparent ou pigmenté, peu saillant, dur au toucher, se continuant à la périphérie soit avec la partie cicatricielle de la lésion, soit avec la peau saine.

Le bourrelet périphérique, quelle que soit la forme qu'il affecte, est très souvent parcouru par un réseau bleuâtre de petites veinules dilatées.

L'aire cicatricielle centrale forme la presque totalité de la lésion et paraît même au premier abord la constituer tout entière. Le bourrelet marginal, en effet, doit être cherché pour être vu. Cette cicatrice peut revêtir les formes et les dimensions les plus diverses. Elle est généralement d'une coloration rose pâle ou blanche, nacrée, lisse, souple et tendue. Elle ne présente pas d'adhérence avec le crâne, sauf

dans les cas où une intervention quelconque est venue modifier son aspect.

Elle n'offre presque jamais de rétraction cicatricielle et présente quelquefois, comme dans un cas que nous avons observé (Observation XI), l'aspect d'un épiderme atrophié plutôt que celui d'une véritable cicatrice. L'absence de rétraction cicatricielle paraît être due au siège même de la lésion, le front, où la peau est plus tendue que sur les autres parties du corps.

Dans un des cas que nous avons cités en effet (observation X) nous voyons la lésion qui a débuté sur la pommette gauche gagner la paupière inférieure et former là une cicatrice qui se rétracte de plus en plus, attirant la paupière en ectropion.

Quelquefois la cicatrice offre une pâleur extrême, surtout quand on exerce une légère pression, et l'on voit alors avec une grande netteté qu'elle est parcourue par quelques veinules dilatées. Et dans le cas cité plus haut (Observation XI), l'on voyait nettement apparaître à travers cette peau amincie de petits points blancs formés par les glandes sudoripares.

Quand la lésion atteint des régions velues, sourcils ou cuir chevelu, les nodules du bourrelet ne font pas tomber les poils tout d'abord; mais cependant ceux-ci finissent par tomber et la cicatrice est toujours parfaitement glabre.

L'aire cicatricielle est semée dans la plupart des cas d'un certain nombre de nodules qui ont absolument les mêmes caractères que ceux du bourrelet marginal. Comme eux, ils ont une teinte brunâtre ou grisâtre, sont durs au toucher, peu saillants. Comme eux, ils peuvent aussi se déprimer au centre et se recouvrir d'une croûtelle brunâtre, constituant alors une petite érosion qui, comme la lésion tout entière, peut s'entourer d'un bourrelet. Jamais ces ulcérations centrales ne dépassent la grandeur d'un pois, sauf dans un cas cependant (Observation XI), où nous avons vu, occupant la partie interne et inférieure de la lésion une ulcération dure, saillante, constituant une plaque typique d'épithéliome de la

face. Mais nous sommes là en présence d'un cas tout à fait exceptionnel qui nous paraît devoir être expliqué par un traumatisme survenu pendant l'évolution de la maladie.

En dehors de ces nodules, ulcérés ou non, on peut remarquer en outre « sur toute la cicatrice une desquamation en lames jaunâtres, nacrées, larges, molles et souples, qui ne desquament pas spontanément, mais se laissent arracher sans peine, laissant au-dessous d'elle un épiderme mince et friable. Ces nodules et cette desquamation montrent que la cicatrice n'est pas saine, qu'elle reste infiltrée d'ilôts néoplasiques microscopiques, et que cette atrophie cicatricielle post-épithéliomateuse n'est pas plus une guérison que la sclérose d'un foyer de lupus. » (Dubreuilh, *Journal de médecine de Bordeaux*, 19 août 1906, page 588.)

Les nombreux auteurs qui ont décrit l'ulcus rodens ont tout particulièrement insisté sur la lenteur avec laquelle cette affection se développe. C'est cette forme évolutive, contrastant étrangement avec la rapidité relative de la diathèse cancéreuse qui a attiré l'attention des premiers observateurs, Jacobs et les autres, et qui en fait une des caractéristiques de cette affection. Chez un de nos malades, la lésion remonte à cinq ans (Observation XI); un autre, au moment où nous l'observons, fait remonter le début de sa maladie à quatorze ans. (Observation XII.)

La plaque grandit de quelques millimètres par an et peut rester quelques années tout à fait stationnaire. L'accroissement se fait tantôt dans un point, tantôt dans un autre, ce qui explique l'aspect irrégulier de la plaque.

L'ulcus rodens, et en particulier l'ulcus rodens atrophique ne s'accompagne jamais de symptômes généraux.

On n'y trouve jamais de la douleur, soit spontanée, soit provoquée, si ce n'est dans la forme térébrante où les lésions sont très étendues. Dans certains cas cependant, même dans la forme qui nous occupe, le malade accuse la présence de démangeaisons ou de petits élancements qui l'obligent à se gratter et à favoriser ainsi la production de ces petites

érosions que nous avons signalées, soit le long du bourrelet, soit sur la cicatrice même.

Un symptôme important au point de vue du diagnostic différentiel avec les autres formes d'epithelioma de la face est la limitation des lésions à une partie du corps, et dans la forme qui nous occupe, à une partie de la face, le front en général, sans retentissement ganglionnaire; le système lymphatique est toujours indemne, les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires ne sont jamais engorgés.

De plus, à quelque période que l'on examine le malade, sa santé générale est toujours bonne.

L'absence de généralisation par le système lymphathique et de retentissement sur l'état général nous démontrent d'une façon très nette la nature locale de l'affection.

OBSERVATIONS

Observation I

(Georges Thiebierge, *Société de dermatologie*, 12 avril 1894.)

Epithelioma serpigineux de la région frontale ; difficultés du diagnostic avec une syphilis tertiaire.

D..., âgé de quarante-neuf ans, employé aux chemins de fer de l'Est, entré le 23 mars 1894 dans le service de mon maître, M. le docteur Ernest Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer.

Cet homme, dont les antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité en rapport avec l'affection dont il est porteur et qui n'a jamais eu d'antécédents syphilitiques, est atteint d'une lésion du front remontant à dix-huit ans. Il a vu à cette époque se développer sur la partie moyenne du front, sur une ligne verticale passant par le milieu de l'œil droit, au niveau du bord de sa casquette, « un petit bouton » qui a été incessamment irrité et excorié par sa coiffure ; cette lésion à peine saillante, donnant une légère sécrétion purulente, n'a présenté aucune tendance à la réparation. Pendant dix ans, quoique la lésion initiale ait toujours progressé, le malade n'a subi aucun traitement. A ce moment seulement il s'est décidé à consulter un médecin qui lui a fait appliquer des cataplasmes de mie de pain et une pommade. Enfin, en 1891, voyant la lésion continuer à s'accroître, il s'est décidé à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis et à entrer dans le service de M. Besnier.

A cette époque, l'ulcération occupait environ le quart de la surface qu'elle présente actuellement ; son fond était irrégulier, cicatrisé par places, ses bords étaient moins nettement accusés qu'aujourd'hui et

n'étaient pas durs et saillants. Le malade fut soumis à l'emploi de l'iodure de potassium et des préparations mercurielles et la lésion recouverte d'emplâtres à l'aristol. Douze jours après le commencement de ce traitement, l'ulcération se réparait peu à peu et le malade put sortir de l'hôpital. Il ne tarda pas à y rentrer, l'ulcération s'étant reproduite et ayant progressé par ses bords. J'eus l'occasion, pendant que je remplaçais M. Besnier, au mois d'août 1891, d'observer ce malade : je réinstituai le traitement antisyphilitique en poussant la dose d'iodure de potassium jusqu'à 14 grammes par jour et, en raison de la marche serpigineuse de l'affection, dont la nature syphilitique me paraissait à peu près certaine, je fis sur les bords plusieurs séances de cautérisation ignée. Sous l'influence de ce traitement, je vis survenir une certaine amélioration, mais je ne parvins jamais à obtenir une guérison complète. A plusieurs reprises depuis cette époque, le malade quitta l'hôpital amélioré, puis y rentra au bout de quelque temps avec une nouvelle extension de la lésion qui progressait par ses bords, tandis que la partie centrale se modifiait peu. Il fut soumis, soit par M. Besnier, soit par moi, à des traitements dont l'iodure de potassium, les cautérisations ignées et les applications d'emplâtre à l'aristol faisaient les frais, traitement toujours relativement infructueux.

Cependant, M. Besnier avait abandonné l'idée d'une lésion syphilitique en présence de cet insuccès de la médication spécifique, et pensant qu'il s'agissait d'un epithelioma, avait pratiqué la rugination des bords qui étaient un peu durs, mais n'offraient pas l'aspect caractéristique qu'on leur trouve actuellement.

Au mois d'août dernier, pendant que je suppléais M. Besnier, l'hypothèse d'une maladie de Paget fut émise ; mais le résultat négatif de la recherche de coccidiens fit abondonner ce diagnostic.

Actuellement, les lèvres se présentent sous un aspect qui ne laisse plus de doute sur leur nature épithéliomateuse ; on constate en effet sur la région frontale droite, débordant un peu sur la ligne médiane et remontant dans le cuir chevelu, une ulcération mesurant seize centimètres dans son plus grand diamètre vertical et quinze centimètres dans son plus grand diamètre transversal. En avant, cette ulcération descend jusque sur la veine du nez où elle pousse un prolongement, puis son bord remonte sur le front, laissant intacte la partie interne du sourcil,

redescend pour envahir le tiers externe du sourcil et la partie adjacente de la paupière supérieure et pousse, sur la région temporo-malaire, un prolongement arrondi, qui déborde de un centimètre environ le niveau de l'orifice palpébral.

Cette vaste ulcération est cicatrisée à son centre où la peau est lisse, d'un blanc légèrement bleuâtre, mais au milieu des surfaces cicatrisées on retrouve encore des ulcérations assez superficielles, légèrement granuleuses, à contours irréguliers ne dépassant pas les dimensions d'une lentille.

Au pourtour de cette surface épidermique, on trouve une ulcération à contours irréguliers du côté de la partie centrale, ulcération superficielle, granuleuse, recouverte par place de croûtes brunâtres peu épaisses. Cette ulcération présente une largeur variable : atteignant trois centimètres environ à la partie postérieure, elle ne dépasse pas un centimètre sur la plus grande partie de son étendue ; en certains points même, dans sa portion antérieure, la surface épidermisée se continue directement avec le contour saillant de la lésion ; au niveau du prolongement temporo-malaire l'ulcération est plus profonde et son fond est plus irrégulier.

Le bord de l'ulcération montre manifestement la nature de la lésion : dans toute son étendue, ce bord, vaguement polycyclique, est saillant, forme un bourrelet ferme, de consistance uniforme, renversé en dehors sur certains points, recouvert partout à sa surface externe d'épiderme se continuant avec celui des parties adjacentes. Ce bord, d'une largeur de un centimètre environ sur la plus grande partie de l'ulcération, est plus large, plus saillant et plus renversé sur le prolongement intersourcilier et surtout sur le prolongement temporo-malaire.

Il n'y a pas d'adénopathie appréciable, ni dans la région sous-maxillaire, ni dans la région parotidienne, ni dans la région cervicale postérieure.

L'état général du sujet est conservé bon. L'ulcération n'a jamais donné lieu à des hémorragies.

Observation II

(Hallopeau et Jousset, *Annales de dermatologie,* 1896).

La lésion a débuté il y a dix-sept ans par une ulcération du volume d'une lentille sur l'arcade sourcilière du côté gauche; après être restée pendant plusieurs années stationnaire, elle s'est progressivement agrandie, tout en se cicatrisant partiellement; actuellement, on voit, sur le côté droit du front, au-dessus du sourcil, une cicatrice décolorée et légèrement déprimée; elle se continue à gauche avec une vaste ulcération à contours polycycliques, à rebord induré, recouverte de croûtes noirâtres, elle occupe toute la partie interne de la moitié gauche du front. La santé générale est bonne, il n'y a pas de traces d'adénopathies.

Observation III

(J. Galloway, *Britisch Journal of dermatology,* 1898).

Femme de cinquante-neuf ans. La lésion, affectant la partie la plus élevée du front, siégeait en sa plus grande partie à droite de la ligne médiane. Les bords, irrégulièrement arrondis, présentaient des dépôts de pigment bleu noirâtre. En outre de cette pigmentation, ses bords serpigineux montraient une élevure peu importante et presque continue. En un ou deux points, un ou deux petits nodules en rompaient la continuité. Cette élevure ferme avait un aspect demi-transparent caractéristique. Le centre de la lésion offrait une peau atrophiée, dont les parties les plus anciennes tout à fait blanches, présentaient très nettement les symptômes d'une dessication fine. Il n'y avait pas d'ulcération dans aucun point de la lésion, rien ne révélait une ulcération antérieure.

La malade raconte que cette lésion commença, il y a dix ans, par l'apparition de un ou deux petits points noirâtres. Ces points se réunirent et s'étendirent graduellement excentriquement jusqu'à atteindre les dimensions actuelles, qui sont à environ 1 pouce 1/2 dans le plus grand diamètre. Les choses restent en cet état durant deux ans, époque

à laquelle la malade fut piquée par une guêpe en cet endroit même. La piqûre fut traitée par les cataplasmes, consécutivement il y eut suppuration et cicatrisation satisfaisante en quinze jours environ.

Observation IV

(Crocker et Pernet, *Britisch Journal of Dermolology*, 1901).

Femme de trente-neuf ans présentée au Congrès interne de Londres pour une plaque jaune de la tempe pour laquelle on ne fit pas de diagnostic.

On trouve une plaque jaune pâle de 1 pouce 1/4 de diamètre, saillante de 1/16 de pouce, parcourue par des vaisseaux dilatés. La lésion a débuté il y a deux ans par un point blanc.

Décembre 1898. La plaque a un peu grandi.

La teinte jaune est marquée. Il y a une partie centrale cicatricielle, un bourrelet périphérique à demi transparent, avec des vaisseaux dilatés radiés.

Extirpation. Greffe de Thiersch. Examen miscrocopique : ulcus rodens typique.

Août 1900. Récidive sur le bord de la cicatrice.

Observation V

(E. Bodin, *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1er trimestre 1904.)

C..., femme de 72 ans, est examinée à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, le 17 Juin 1903, pour une lésion de la tempe gauche dont le début remonte à dix ans. Il y aurait eu à ce moment, paraît-il, un traumatisme, mais la malade ne donne aucun détail précis à ce sujet; elle se souvient seulement qu'il se produisit sur la tempe un petit nodule ulcéré en son centre qui se cicatrisa bientôt, puis que d'autres lésions analogues prirent naissance à la périphérie de la première pour se guérir ensuite en laissant une cicatrice.

Pendant dix ans, la dermatose a suivi ainsi une marche progressivement envahissante et serpigineuse, s'étendant lentement mais continuellement par sa périphérie.

Actuellement, toute la région de la tempe et la partie avoisinante du front sont atteintes et l'on y voit un placard de 7 à 8 centimètres de largeur, d'aspect général cicatriciel, et dont l'allure n'éveille pas au premier abord, l'idée d'un néoplasme épithélial.

Toute la partie centrale est cicatricielle, offrant un aspect lisse et uni, avec teinte blanche de la peau qui semble amincie et comme collée aux plans osseux sous-jacents quand on la palpe; en quelques points cependant on observe de petites squames grisâtres plates, et aussi de-ci, de-là, un petit nodule gros comme une tête d'épingle et de couleur grise. Ces petits nodules, qui sont légèrement saillants à la surface, sont arrondis et ont une consistance dure, quasi ligneuse. Mais c'est surtout vers la zone périphérique du placard cicatriciel que l'on rencontre des lésions en activité.

Les bords sont irréguliers, présentant en certains points une tendance à la disposition circinée. On y note la présence de petits bourrelets grisâtres, de un à deux millimètres de largeur, arrondis à leur surface, un peu saillants, se continuant d'une part avec la zone cicatricielle, et d'autre part avec la peau saine. Ces petits bourrelets, qui sont aussi durs que les nodosités de la partie centrale, ont tantôt trois, quatre millimètres de long, tantôt peuvent atteindre un centimètre et demi à deux centimètres, puis ils cessent tout à coup et font place soit à une série de trois ou quatre nodosités grises, semblables à celles que j'ai signalées précédemment et espacées de quelques millimètres les unes des autres, soit à une ulcération allongée de un, deux millimètres de large, superficielle, de quelques millimètres de longueur seulement. Toutes ces lésions sont absolument indolentes quand on les palpe, mais elles sont, au dire de la malade, le siège de douleurs vagues d'intensité moyenne. J'ai examiné avec le plus grand soin les ganglions cervicaux rétro et sous-maxillaires, préauriculaires, et je n'ai trouvé aucun qui soit induré ou hypertrophié.

L'état général est bon et la patiente ne présente, malgré son âge avancé, aucun trouble morbide des appareils viscéraux qui mérite d'être signalé.

Examen histologique. — Une biopsie a été pratiquée sur l'une des nodosités grisâtres. Cette nodosité est constituée par un stroma conjonctif adulte dans les mailles duquel existent des îlots épithéliaux anastomosés diversement.

On ne note pas de dégénérescence muqueuse ou autre de ces cellules, et je ne les ai vues en aucun point aboutir à la production de globes épidermiques. En somme, ces lésions sont, au point de vue morphologique, identiques à celles que l'on rencontre dans l'ulcus rodens typique.

Observation VI

(Dubreuilh Auché, *Annales de dermatologie*, 1901.)

Ulcus rodens à forme cicatricielle de la tempe gauche Évolution très lente.

Joséphine D..., âgée de cinquante-trois ans, se présente le 28 juillet 1899. La maladie actuelle a débuté il y a quinze ans par un petit bouton dur, jaunâtre, situé sur la tempe gauche. Elle s'est graduellement étendue et forme maintenant une plaque de 2 centimètres 1/2 sur 1 centimètre, qui empiète un peu sur le cuir chevelu.

Cette plaque est bordée d'un bourrelet large de 4 millimètres, faisant une saillie de 1 millimètre, dur au toucher, d'une couleur rose jaunâtre avec certain éclat perlé, recouvert d'un épiderme lisse et luisant.

L'aire centrale est formée d'une cicatrice lisse, luisante et déprimée ; à sa partie inférieure est un nodule lenticulaire dur ou brunâtre.

Il n'y a aucune rougeur inflammatoire ou aucune infiltration. Il n'y a jamais eu d'ulcération, d'opération ou de cautérisation d'aucune sorte, et depuis le début la lésion a présenté la même allure lente.

Destruction par la pâte arsenicale.

OBSERVATION VII

(Dubreuilh et Auché. *Annales de dermatologie*, 1901).

Ulcus rodens à forme cicatricielle du front. Rechutes sous forme de nodules sous-cutanés.

Mme M..., âgée de cinquante ans environ, avril 1895.

La lésion pour laquelle elle se présente a débuté il y a onze ans, peu

de temps avant la mort de son mari, par tuberculose pulmonaire. On trouve à l'extrémité droite du front, sur la lisière des cheveux, une cicatrice grande comme une amande, blanche, lisse, bordée par un bourrelet un peu saillant, rougeâtre.

Malgré des cautérisations ignées et des raclages répétés, les nodules qui forment la bordure récidivent obstinément et la plaque grandit peu à peu. On remarque alors la teinte noirâtre des nodules de la partie supérieure de la plaque, et l'examen microscopique démontre leur nature épithéliomateuse. A la partie inférieure de la plaque, les nodules sont noirâtres, perdus dans les cheveux qui persistent en les traversant ; ils sont durs, à peine saillants. A la partie inférieure, il se fait à plusieurs reprises des rechutes sous forme de nodules volumineux atteignant la grosseur d'un haricot, assez profonds, logés sous la peau qu'ils soulèvent, formés d'un tissu jaunâtre, demi-transparent, très friable.

En 1899, l'existence de plusieurs de ces nodules a justifié l'incision complète de toute la partie inférieure de la lésion. Sa partie supérieure a été traitée par des raclages suivis d'application de la solution arsenicale de Cerny et Trunecek. Depuis un an, la guérison paraît se maintenir.

Observation VIII

(Dubreuilh et Auché, *Annales de dermatologie*, 1901.)

La veuve S..., âgée de soixante-trois ans, se présente à la clinique dermatologique en 1892 pour une lésion du front qui date de douze ans, a débuté par un petit bouton sur le front et s'est graduellement étendue.

Tout le côté droit du front est occupé par une grande plaque cicatricielle de forme trilobée, avec un lobe ou prolongement s'avançant sur le front jusqu'à la ligne médiane, un autre couvrant la moitié externe du sourcil dont les poils sont à peu près complètement détruits, un troisième couvrant la tempe droite ; à sa partie supérieure, cette plaque atteint et dépasse même un peu la lisière des cheveux. Toute cette cicatrice est plane, blanche, souple, mince et mobile sur l'os frontal ; elle est recouverte par places de squames épaisses et grasses qui se

détachent facilement et au-dessous desquelles on trouve une surface lisse et brillante. Sur les bords et notamment au niveau des trois prolongements, la plaque cicatricielle est limitée par un bourrelet très net de 1 à 2 millimètres de large, serpigineux, dur, pâle, un peu saillant, recouvert d'un épiderme mince qui se continue d'une part avec la peau normale, d'autre part avec le tissu de cicatrice ; ce bourrelet est parfois interrompu ou s'égrène en un chapelet de nodules arrondis; en quelques points, il s'élargit et alors il est ulcéré. L'aire cicatricielle est criblée de petits nodules surtout nombreux dans les prolongements frontal, sourcilier et temporal de la lisière du cuir chevelu. Ces nodules ont le volume d'un grain de mil, ils sont arrondis, saillants, très durs au toucher, superficiels et présentent souvent une teinte noirâtre qu'on retrouve en plusieurs points du bourrelet périphérique.

Sur le côté droit de la racine du nez se trouve une plaque croûteuse de kératose sénile.

La cloison des fosses nasales présente une large perforation à l'union des portions osseuse et cartilagineuse. Un morceau du bord de la perforation a été excisé par M. Moure : on y trouve des lésions de l'ulcère perforant de la cloison de Hajek, mais aucune lésion syphilitique, tuberculeuse ou épithéliomateuse.

La muqueuse buccale présente au niveau des joues plusieurs plaques de pigmentation noirâtre. Le malade tousse depuis longtemps et à l'examen de la poitrine, on trouve des craquements secs au sommet des deux poumons avec respiration soufflante et matité à gauche.

Sur la poitrine, au-devant de la première pièce du sternum, on trouve une petite tumeur arrondie, saillante, aplatie, d'un centimètre de large, jaunâtre et piquetée de points pigmentaires noirs ; elle est molle, sans infiltration profonde, indolente, non ulcérée, mais assez friable, car en la palpant on y détermine une crevasse profonde et saignante. Cette tumeur est apparue il y a cinq ou six ans au niveau d'une tache noire qui datait de l'enfance et à la suite d'une écorchure. Elle est depuis plusieurs années stationnaire. Cette tumeur a été incisée.

Après quelques tentatives infructueuses de traitement avec des pommades à l'acide salicylique ou à l'acide pyrogallique, on racle à la curette tous les nodules et le bourrelet qui entoure la plaque cicatricielle, puis on cautérise les plaies au chlorure de zinc. On remarque à

cette occasion que la néoplasie est très friable et très superficielle. Les lésions sont fort améliorées par cette opération, mais au bout de peu de temps, il se fait de nouvelles récidives, toujours sous forme de nodules miliaires disséminés ou confluents en un bourrelet périphérique. Sur la cicatrice, même en dehors des nodules perceptibles au doigt, on remarque que sous les squames, l'épiderme est d'une friabilité extrême et il semble qu'en ce point il existe une très mince nappe de tissu épithéliomateux. A plusieurs reprises on a essayé de détruire les nodules avec le galvanocautère, mais ce procédé n'empêchait pas la rechute immédiate ; les curetages répétés obstinément et suivis de cautérisations au chlorure de zinc sont ce qui réussit le mieux.

Ce traitement suivi avec persistance a fini par faire disparaître presque complètement les nodules qui réapparaissent encore, mais de moins en moins abondants.

En mars 1894, Mme S... revient après avoir été malade d'une bronchite qui a duré six mois et paraît avoir été assez grave. La cicatrice du front et de la tempe est plus lisse, mais elle est encore semée de squames écailleuses, minces, souples, larges de 4 ou 5 millimètres que l'on détache facilement, et d'une douzaine de nodules miliaires durs et à peine saillants, quelques-uns surmontés d'une croûte.

En certains points de la périphérie se trouvent des lésions un peu plus importantes, sous forme d'îlots irréguliers à peine saillants, mais durs, ce qui les rend plus perceptibles au toucher qu'à la vue, mamelonnés, très superficiels et gris ou brunâtres. L'un siège au milieu du sourcil, l'autre, sur la bordure du cuir chevelu ; ils sont traversés par des poils ou des cheveux normaux, alors que les parties cicatricielles sont glabres. Raclage et cautérisation des nodules isolés ou groupés, à plusieurs reprises.

Mai 1895. Nouvelle rechute plus abondante depuis deux mois de nodules miliaires ou lenticulaires, très minces, très superficiels, à peine saillants, brunâtres ou noirs.

Février 1898. Toute la cicatrice est saine, souple, sauf un petit îlot au milieu du front, large comme un haricot, formé de petits nodules brunâtres durs au toucher.

Juillet 1899. La cicatrice du front conserve à peu près la même disposition qu'en 1892, elle a cependant un peu grandi, elle est blanche,

mince, lisse et souple. Elle est le siège d'une faible desquamation en écailles brunâtres, peu adhérentes, disséminées. A la lisière du cuir chevelu, il persiste encore sur la cicatrice un grand nombre de cheveux, les uns crépus, la plupart normaux. Sur la plus grande partie de son contour, la cicatrice se continue avec la peau saine ; en quelques points de la périphérie se trouvent de petits groupes de nodules miliaires aplatis, durs, de couleur sépia ; ailleurs, de simples taches pigmentaires brun clair.

La perforation de la cloison nasale a beaucoup grandi, elle atteint deux centimètres de large, en respectant la sous-cloison. Les bords sont irréguliers, déchiquetés, nullement enflammés, un peu rugueux. Coryza atrophique.

La muqueuse des fosses et des lèvres, ainsi que leur bord libre, est couverte de larges taches pigmentaires irrégulières, atteignant parfois un centimètre de largeur. Ces taches ont une teinte noirâtre, sans induration, ni aucune altération de la muqueuse. Quelques autres taches beaucoup plus grandes sont aussi plus pâles.

A l'auscultation : en avant et à gauche, respiration rude ; à droite, submatité et respiration faible avec de nombreux craquements. En arrière, craquements du sommet gauche.

Mai 1900. L'état du front est toujours le même : une grande cicatrice souple avec des nodules brunâtres et durs.

Examen histologique. — Le néoplasme présente le type trabéculo-alvéolaire. Quelques alvéoles superficiels sont très volumineux et allongés parallèlement à la surface cutanée. Leur centre est souvent kystique par nécrose en masse.

Les cellules néoplasiques présentent d'une façon générale leurs caractères ordinaires. Mais une particularité intéressante de cette observation consiste dans la présence de pigment mélanique, qu'on trouve soit au niveau des amas épithéliaux, soit au niveau du stroma.

Dans les nappes épithéliales, il s'agit tantôt d'une fine poussière ou de quelques grains pigmentaires un peu plus volumineux situés dans le protoplasma cellulaire tout autour du noyau nettement perceptible ; tantôt de grains plus abondants faisant disparaître presque complètement le noyau ; tantôt, enfin, d'amas pigmentaires du volume et de la forme d'une cellule, mais sans trace de noyau. D'autres fois le pig-

ment est intercellulaire, disposé en traînées plus ou moins longues ou en îlots irréguliers, stellaires, de volume à peu près égal ou supérieur à celui d'une cellule néoplasique. Dans les lacunes kystiques situées au centre des amas éphithéliaux alvéolaires, on trouve parfois du pigment en grande abondance. Il est tantôt intra-cellulaire et renfermé dans des cellules plus ou moins altérées tombées dans le kyste, tantôt libre. Dans ce dernier cas, il forme souvent de gros amas dont le centre est occupé par des blocs ou de volumineux grains de pigments, tandis qu'à la périphérie se trouvent des grains plus petits.

Le stroma conjonctif contient aussi du pigment en grande quantité. Il est le plus souvent intra-cellulaire, quelquefois intercellulaire et disposé sous forme d'amas et de traînées irrégulières.

L'épiderme est fortement pigmenté. Ici, le pigment occupe les cellules de la couche génératrice et quelques cellules situées immédiatement au-dessus. Il se présente sous forme d'une poussière excessivement fine donnant au protoplasma cellulaire une coloration jaune brunâtre plus ou moins accentuée. On le trouve aussi en dehors des limites de la tumeur, au niveau de l'épiderme normal. Il s'agit de pigment mélanique ne donnant pas les réactions ferriques. Le stroma de la tumeur est fibreux et relativement peu infiltré de cellules. La zone papillaire du derme est aussi notablement modifiée. Elle est formé de fibres conjonctives plus épaisses et plus serrées qu'à l'état normal, dirigées parallèlement à la surface cutanée.

D'assez nombreuses cellules pigmentées se trouvent dans cette région jusqu'au voisinage immédiat de la couche génératrice.

L'épiderme a perdu à peu près complètement sa disposition papillaire. Sa limite profonde est presque rectiligne. Son épaisseur est peu modifiée, peut-être un peu diminuée. La couche granuleuse n'existe pas. A la surface se trouvent des écailles épidermiques souvent superposées en grand nombre.

Les vaisseaux sanguins sont peu abondants et de structure normale.

Observation IX

(Dubreuilh et Auché, *Annales de dermatologie*, 1901.)

Mme D..., âgée de soixante-neuf ans, est une femme dont la santé générale ne laisse rien à désirer et qui ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

La maladie actuelle a débuté il y a dix-huit ans, par un petit bouton situé sur le front, au-dessus de l'œil droit. Son accroissement très lent au début est un peu plus rapide depuis trois ans. La lésion a grandi excentriquement, se cicatrisant au centre, présentant parfois à sa périphérie quelques croûtes ou quelques ulcérations superficielles, parfois avec des poussées inflammatoires généralement dues à des applications médicamenteuses. Toutes les applications locales sont restées sans action sur la marche de la maladie, de même que l'usage interne de l'arsenic et de l'iodure de potassium.

19 septembre 1894. La lésion forme une plaque de 10 centimètres de largeur transversale sur 5 centimètres de hauteur ; elle occupe tout le côté droit du front depuis la ligne médiane jusqu'à la tempe.

Le contour est très nettement limité, irrégulier. Dans son ensemble, elle est constituée par une cicatrice blanche, nacrée, déprimée, assez mince, mais tendue et un peu dure ; elle n'est pas adhérente au crâne, mais elle est cependant beaucoup moins mobile que les parties saines ; les muscles ne lui impriment aucun mouvement, mais on peut la mobiliser avec la main. Il est un point de cette cicatrice, situé au-dessus de la tête du sourcil droit qui est plus déprimée et moins mobile que le reste ; il n'y a cependant pas d'adhérence au frontal. C'est en ce point que la lésion a débuté et qu'il a été fait des cautérisations.

Le bord de la cicatrice présente un aspect variable. En certains points, notamment à la tempe, elle se continue avec la peau saine. En ces points, la transition est brusque, et à la palpation, on sent un rebord dur dû à la consistance plus ferme de la cicatrice et cela malgré qu'elle soit déprimée par rapport à la peau. Ailleurs, et notamment vers la ligne médiane et au niveau de la paupière supérieure, on trouve à la limite

des croûtes brunes peu épaisses, siégeant sur une base rouge infiltrée, enflammée, un peu saillante. Cette infiltration inflammatoire rend en ces points la limite beaucoup moins nette. En d'autres points, enfin, on peut sentir la limite entre la cicatrice et la peau saine formée par un bourrelet de deux millimètres de large, pâle, grisâtre, faisant une très légère saillie recouverte d'épiderme tendu et luisant, très facile à percevoir au toucher à cause de sa dureté très marquée ; on reconnaît là très facilement le rebord dur de l'ulcus rodens, mais réduit à sa plus simple expression et pigmenté en gris.

Quand on passe le doigt sur la cicatrice, on la trouve gonflée par des nodules ou des lignes de un à trois millimètres de large à peine saillants, presque invisibles, mais faciles à percevoir au doigt à cause de leur consistance dure ; ils paraissent du reste très superficiels et semblent de petites lentilles enchâssées dans l'épiderme. Quelques-uns de ces nodules sont ulcérés et apparaissent alors comme de petites croûtes brunes de deux à trois millimètres siégeant sur une base rouge un peu saillante ; on ne retrouve plus alors la limitation, la dureté et la pigmentation des nodules non ulcérés. La surface cicatricielle nacrée desquame légèrement en lamelles nacrées assez larges, très fines et souples, de sorte que même dans les intervalles des nodules miliaires ulcérés ou non, elle ne paraît pas absolument saine, cependant c'est là un caractère peu apparent.

La partie supérieure de la plaque cicatricielle dépasse la limite du cuir chevelu de 1 ou 2 centimètres ; dans cette partie, les cheveux persistent quoique moins nombreux que normalement, et la limite de la plaque est assez difficile à apercevoir par suite de ce fait que les différences de couleur sont peu apparentes et la palpation plus difficile ; sur la paupière supérieure, la malade sent une gène par suite de la rétraction cicatricielle et du gonflement inflammatoire.

Démangeaisons parfois très intenses.

23 septembre 1897. La malade, qui s'est refusée à toute intervention, revient aujourd'hui, la maladie ayant fait de notables progrès. La lésion a surtout gagné vers le milieu du front, dépassant la ligne médiane et descendant sur la racine du nez. On trouve actuellement dans l'espace intersourcilier une ulcération de 2 à 3 centimètres de large, à contour irrégulier, saillant surtout à gauche, le bord forme un bourrelet

dur qui est coupé à pic par l'ulcération. Le fond de l'ulcère est irrégulier, certaines parties étant plus profondes que d'autres ; il adhère à l'os frontal et il est en grande partie creusé à ses dépens ; sa surface est rose, humide, lisse, luisante, sécrétant de la sérosité et non du pus ; il est formé, non par des bourgeons ou des fongosités, mais par un enduit néoplasique très noirci tapissant l'os ; quand on l'explore avec un stylet, on ne pénètre pas dans les tissus et l'on est de suite arrêté par la surface osseuse résistante, mais non dénudée et le stylet éraille un mince enduit friable qui saigne modérément. Cette ulcération est le siège de douleurs très vives qui s'irradient dans le voisinage sous forme d'élancements ; la palpation n'est pas douloureuse.

Le reste de la lésion présente le même aspect qu'il y a trois ans. Une large surface cicatricielle s'étendant du sourcil droit à la lisière du cuir chevelu, lesquels sont tous deux envahis, descendant sur la tempe et dépassant la ligne médiane du front. Cette cicatrice est lisse, blanche, très dure, appliquée sur les os sur lesquels elle est très faiblement mobile. Elle est semée de petits nodules durs et de petites ulcérations croûteuses, grandes comme un grain de mil ou une lentille. Sur ses limites, tantôt elle se continue avec la peau saine, tantôt elle est séparée par un petit bourrelet festonné de 1 à 2 millimètres de large, superficiel, très dur, pâle ou ne différant guère comme couleur de la peau normale, recouvert d'épiderme mince et, en somme, plus facile à sentir au doigt qu'à voir. On retrouve quelques fragments du bourrelet au delà de l'ulcération principale, sur le nez, au voisinage de l'angle de l'œil droit. Les bourrelets limitants et les nodules sont tous pâles, aucun d'entre eux ne présente de teinte ardoisée.

Traitement, badigeonnages quotidiens avec : eau et alcool ââ 50; arséniate de soude, 1 gramme.

18 Octobre. Douleurs très vives au moment de l'application. Les élancements ont reparu. Pas de modifications de l'aspect de la plaie. Remplacer l'arséniate de soude par : acide arsénieux, un gramme ; eau et alcool, 50.

22 Décembre 1897. Amélioration très réelle, bien que le malade ait cessé tout traitement depuis assez longtemps en raison des douleurs très vives. Eau et alcool, 75 ; acide arsénieux, 1 ; badigeonnage préalable à la cocaïne.

L'ulcération est moins profonde et moins étendue bien qu'elle ait conservé le cachet épithéliomateux.

18 Mars 1898. L'ulcération a été presque cicatrisée il y a quinze jours, sauf deux petits points; depuis lors, elle s'est agrandie et l'on trouve sur la limite gauche, au-dessus du sourcil gauche, une ulcération assez profonde, verticale, haute de 25 millimètres, large de 10, limitée au côté droit par la cicatrice avec un bord taillé à pic; limitée à gauche par la peau saine formant bord saillant abrupt, taillé à pic à une profondeur de 5 millimètres. La lotion d'acide arsénieux ne peut pas être supportée plus de deux à trois jours. Lotion avec chlorate de potasse en solution saturée, puis poudrer avec la poudre de chlorate de potasse.

Quelques temps après j'apprends que Madame D... est morte de pneumonie.

Observation X (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Dubreuilh.

Mme H..., cinquante ans, bien portante. Le début de la lésion actuelle remonte à neuf ans. A cette époque, Mme H... a remarqué sur la pommette gauche un petit bouton dur qui a grandi peu à peu, lentement d'abord puis plus vite jusqu'à acquérir les dimensions actuelles. Il n'y a jamais eu d'ulcérations ni de croûtes. Depuis quelques années, un autre bouton semblable s'est montré sur la pommette droite.

4 septembre 1902. La lésion qui occupe la pommette gauche forme une plaque irrégulière mesurant 3 centimètres sur 5. Elle occupe la pommette et la partie inférieure de la paupière inférieure, depuis le voisinage du nez jusqu'à l'angle externe de l'œil; un prolongement externe s'élève jusqu'au niveau de l'angle externe dont il n'est séparé que par un espace de 1 centimètre. On distingue nettement dans cette plaque un bourrelet marginal et une aire centrale.

La bordure est sur la plus grande partie de son étendue formée par un bourrelet irrégulier de 1 à 4 millimètres de large souvent interrompu, très peu saillant, très dur, facile à sentir à la palpation, couvert d'épiderme mince et lisse, de couleur jaunâtre différant à peine de la peau normale.

Autour du prolongement qui s'élève en haut et en dehors vers l'angle externe de l'œil, le bourrelet est beaucoup plus saillant : il a 2 millimètres de large et fait une saillie égale. Il est très dur, arrondi sur son versant externe ; taillé à pic ou même surplombant sur son versant interne. Nulle part il n'y a d'ulcération ; on trouve seulement sur le versant interne quelques croûtes épidermiques.

L'aire centrale est nettement cicatricielle, elle est nacrée avec quelqués brides saillantes, assez simple. On y trouve quelques nodules durs un peu saillants de 1 à 5 millimètres de large recouverts d'épiderme avec des squames ou avec quelques érosions larges comme une tête d'épingle. Il n'y a pas d'apparence de rétraction cicatricielle ; la cicatrice est simple et molle.

Sur la joue droite, au-dessous de l'œil, se trouvent des lésions moins importantes. Au-dessous de l'angle interne de l'œil est un nodule allongé du volume d'un grain de blé, à peine saillant, mais dur, de couleur jaunâtre. A 10 ou 15 millimètres plus bas est une ulcération de la grandeur d'un grain de mil sur une base un peu dure. Entre ces deux petites lésions, la peau a un aspect vaguement cicatriciel.

Excision d'un morceau du bourrelet le plus saillant.

Cautérisation superficielle au thermo-cautère, application de pâte arsénicale.

29 octobre 1902. La pâte arsénicale a déterminé une plaie profonde, laquelle n'est guérie que depuis peu. On trouve maintenant au-dessous de l'œil gauche une cicatrice quadrilatère et rectangulaire mesurant quinze millimètres de hauteur sur vingt-cinq millimètres de largeur, parcourue de plusieurs brides saillantes dures et rouges. De l'angle supérieur et externe part une étroite bride saillante qui contourne l'angle externe de l'œil et qui représente la seule trace du fort développement de la tumeur à cette partie externe de l'œil. Il n'y a pas d'ectropion de la paupière inférieure qui est seulement un peu gonflée par suite de la traction transversale de la cicatrice à sa partie inférieure. La petite bride de l'angle externe de l'œil paraît saine, mais la partie inférieure de la cicatrice est suspecte à cause de sa rougeur et de sa desquamation lamelleuse. Cautérisation et nouvelle application de pâte arsénicale. On remarque au bout du nez une petite papule du volume d'un grain de chénevis, présentant les caractères de l'ulcus rodens nodulaire. Cautérisation et pâte. La cicatrice de la joue droite paraît saine.

15 décembre 1902. La cicatrice de la joue gauche est saine, mais au niveau de la paupière inférieure il s'est formé une ulcération, laquelle se recouvre d'une croûte qui tomba pour se reformer à nouveau. De plus, la cicatrice s'est rétractée, attirant la paupière en ectropion et le globe oculaire fait à l'extérieur une saillie considérable.

2 mars 1903. La malade a de violentes douleurs de tête et a perdu l'appétit.

L'ectropion de la paupière inférieure gauche s'accentue de plus en plus. L'ulcération persiste et est recouverte d'une croûte très adhérente.

Observation XI (Personnelle)

D..., cultivateur. On ne trouve rien dans les antécédents du malade qui soit en rapport avec la maladie actuelle. N'a pas eu la syphilis.

Il y a cinq ans environ, il a vu apparaître sur le côté gauche du front, à la réunion du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs d'une ligne passant par le milieu de l'arcade sourcilière, une petite plaque rouge grosse comme une lentille.

Pendant un an, cette plaque s'est étendue peu à peu et a fini par s'ulcérer en son milieu. La petite ulcération grosse comme un pois s'est recouverte d'une croûte. Le malade est allé trouver un pharmacien qui a ordonné une pommade. Malgré l'application de celle-ci, l'ulcération persiste, s'agrandit peu à peu. Le malade, sur le conseil du pharmacien, laissa suppurer la plaie. Ceci dura pendant une autre année, au bout de laquelle il alla consulter un médecin qui, à son tour, ordonna une pommade. Au dire du malade, la plaie se cicatrisa complètement, prenant une couleur blanche; mais en même temps que l'ulcération se produisait il vit une rougeur apparaître d'abord en haut, puis tout autour de l'ancienne ulcération. Il se forma sur cette rougeur de petites érosions qui se recouvraient d'une petite croûtelle. Le malade cessa alors tout traitement jusqu'à il y a deux mois.

A cette époque, il coupait une branche d'arbre qui le piqua au front juste au niveau de l'ancienne ulcération.

Au bout de deux ou trois jours, la cicatrice s'ulcèra de nouveau. Le malade appliqua encore des pommades qui n'avaient aucun effet. Les lésions prirent peu à peu l'aspect qu'elles ont actuellement. A l'examen

du malade, on voit occupant la partie gauche du front, une lésion constituée par une plaque rouge, saillante, ulcérée, entourée par une cicatrice sur le pourtour de laquelle on voit plusieurs petites érosions. La plaque ulcérée affecte la forme d'un parallélogramme long de trois centimètres et haut de deux centimètres environ. Elle est située à quelques millimètres au-dessus de l'arcade sourcilière, du côté externe ; à 1 centimètre du côté interne. Elle est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Le fond de l'ulcération est occupé par des bourgeons charnus formant une série de saillies et de crevasses. Il est recouvert d'une sérosité jaunâtre.

Ces bourgeons sont très durs au toucher, ne saignent pas.

Le bord est nettement tranché du côté interne, il est peu saillant, si ce n'est à la partie interne où il forme un bourrelet arrondi de 5 millimètres de large. Il se continue à la périphérie, soit avec la peau saine, soit avec la partie cicatricielle de la lésion. L'ulcération et ses bords forment une plaque dure, épaisse d'un demi-centimètre, presque cartilagineuse, faisant corps avec la peau et mobile sur l'os frontal. La partie cicatricielle forme tout autour de l'ulcération, sauf sur le côté interne du quadrilatère, une auréole large en haut de 1 centimètre ; du côté externe de 1^{cm} 1/2 ; en bas, de quelques millimètres.

Cette cicatrice est d'un blanc rosé, elle est souple, fine, lisse et a plutôt les caractères d'un épiderme atrophié ; à travers elle, on voit apparaître les glandes sudoripares. On n'y distingue pas de nodules ni de desquamation. Elle paraît tout à fait saine.

A la partie toute supérieure de la lésion et touchant la partie déjà décrite par son bord inférieur, on trouve une plaque de la grandeur d'un haricot, cicatrisée à son centre et présentant sur son pourtour une série de petites érosions recouvertes de croûtelles.

L'une, située à la partie interne, affecte la forme d'un arc de cercle à concavité externe, long de 1 centimètre environ. Le centre est recouvert d'une croûte jaune brunâtre et le pourtour est formé par un bourrelet à peine saillant, de couleur rose et de consistance un peu ferme.

Une autre petite érosion est située à la partie inférieure à la réunion de la portion principale de la lésion et de la plaque que nous décrivons en ce moment. Elle affecte les mêmes caractères que la précédente. Elle est ronde et de la grandeur d'un grain de chénevis.

Le reste de la plaque est formé par une cicatrice ayant les mêmes caractères que celle déjà décrite, moitié par une petite plaque rouge et circonscrite par un bourrelet de consistance ferme légèrement saillant et de couleur brune.

Enfin, à la partie tout à fait externe de la lésion, sur le milieu d'une ligne verticale passant par l'extrémité externe de l'arcade sourcilière, se trouve une petite érosion à peine ulcérée à son centre qui est recouvert par une croûte, et circonscrite par un bourrelet à peine saillant, rose et de consistance ferme.

5 novembre 1906. M. Dubreuilh opère le malade. Après extirpation de la plaque principale et de celle située au-dessus, on procède à la réparation de la perte de substance ainsi faite, par la méthode autoplastique française ; c'est-à-dire qu'après avoir décollé une partie de la peau du front sur une certaine étendue, on procède à la suture des lèvres de la plaie.

Le nodule situé à la partie externe de la lésion est extirpé à part.

25 novembre 1906. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

Observation XII (Inédite)

(Prise à la clinique de M. le Professeur Dubreuilh.)

Marie F..., soixante-onze ans, lingère.

15 juillet 1903. L'affection a débuté il y a onze ans par un petit nodule de la grosseur d'un grain de mil et siégeant à la partie médiane et supérieure du front. Puis, il s'est produit sur le nodule une petite ulcération qui s'est recouverte d'une croûte sèche, grisâtre, tombant facilement. Lorsqu'on enlève la croûte, on met à nu une petite ulcération rouge vif laissant suinter un liquide jaunâtre. L'ulcération augmente peu à peu jusqu'à atteindre la grandeur d'un pois ; puis il se produit une cicatrisation très lente qui aboutit à la guérison complète de l'ulcération.

Telle fut la marche de la lésion pendant deux ans. Pendant cette période apparurent, à côté de la première lésion, plusieurs lésions semblables qui présentent la même évolution lente et la même guérison

spontanée. (Pas d'autre traitement que quelques applications de teinture d'iode et une potion sur la nature de laquelle la malade ne peut nous renseigner.)

Pendant onze ans apparaissent ainsi sur le front une série d'ulcérations allant de la partie médiane vers la région frontale externe. Actuellement, on constate dans la région frontale droite la présence d'une cicatrice blanche, souple, non déprimée, non rétractile. Tout autour la peau est normale.

Au centre de la cicatrice, on trouve une plaque indurée de 1 centimètre carré environ. Elle présente en son centre une ulcération longue de 5 millimètres, large de 2 à 3 centimètres environ, recouverte d'une croûte jaune, sèche. Quand on enlève la croûte, on trouve un fond rouge qui ne saigne pas. Les bords sont durs et forment à la partie inférieure une bordure composée de trois à quatre petits grains miliaires. Un autre petit nodule miliaire se trouve à la partie externe de la cicatrice.

Depuis trois mois, la malade a vu apparaître sur la joue droite trois petites plaques rouges : la plus grande, située un peu au-dessous et en dehors de l'angle externe de l'œil, a environ 1^{cm} 1/2 de côté ; elle présente de l'infiltration et on trouve à son centre une petite ulcération recouverte d'une croûte grisâtre, peu dure, s'écaillant facilement. Les deux autres, situées un peu en dehors, plus petites que la précédente, moins infiltrées, présentent également à leur centre une petite ulcération recouverte d'une croûtelle grisâtre. On pose le diagnostic de syphilis tertiaire et on établit le traitement spécifique.

22 juillet 1903. Les ulcérations sont cicatrisées, les plaques de la joue sont moins infiltrées, les nodules du front ont un peu diminué de volume.

5 août 1903. Il n'existe pas trace d'ulcération, mais au milieu de la cicatrice du front, blanche, lisse, on voit une dizaine de petits nodules du volume d'un grain de mil, très durs, rosés, nodules typiques d'ulcus rodens, enchâssés dans le derme, faisant une saillie de 1/4 à 1/2 millimètre.

On supprime le traitement mixte.

6 novembre 1903. On trouve sur la pommette droite, au siège des anciennes lésions, deux petites plaques rougeâtres mal délimitées, recouvertes d'une squame grenue, sans infiltration, et reproduisant

l'aspect habituel des kératomes séniles. Sur la région frontale droite se trouve toujours la cicatrice présentant à son centre, sur une surface large de 2 à 3 centimètres, un semis de nodules miliaires roses, jaunâtres, semi-transparents. Ils sont peu saillants, très durs au toucher, mobiles avec la peau dans laquelle ils sont superficiellement enchâssés. Leur surface est recouverte d'un épiderme mince et lisse, avec quelques très fines dilatations vasculaires. A l'extrémité droite de la cicatrice se trouvent deux petits nodules semblables.

Le diagnostic d'ulcus rodens s'impose ; application de pâte arsenicale.

2 décembre 1903. Réaction inflammatoire des plus intenses après application de la pâte. Gonflement énorme du front, de l'œil et du nez. Production d'une escarre très épaisse et très profonde d'une étendue de 5 centimètres sur 4 avec une bordure très nettement pustuleuse.

11 décembre. L'escarre, de forme irrégulière, est très mobile sur les parties profondes. Les bords font une saillie de 5 centimètres environ. Il reste une partie de la cicatrice en dehors de l'escarre.

25 janvier 1904. L'escarre n'est tombée que depuis quelques jours. On trouve au-dessous un séquestre osseux large de 2 centimètres.

19 février 1904. La cicatrisation se fait lentement. On trouve au centre une surface osseuse nécrosée de 15 millimètres sur 10, bordée par une cicatrice adhérente, large de 5 à 10 millimètres. Au milieu du front se trouve un prolongement de l'ancienne cicatrice paraissant souple et tout à fait sain.

6 mai 1904. La plaie n'a plus que 10 millimètres sur 8. Le fond est occupé par une surface osseuse nécrosée blanche, avec des marbrures rosées qui paraissent dues à une certaine vascularisation. La cicatrice au pourtour est adhérente, mais saine.

6 juin 1904. La plaie est réduite à 8 millimètres de large. Le fond est encore occupé par une surface osseuse dénudée, mais qui a pris une teinte rose et paraît devoir être bientôt éliminée.

5 août 1904. La cicatrice du front est enfin fermée. Elle est lisse et adhérente. Sur son bord inférieur, on trouve un petit nodule dur et un peu suspect. La partie centrale de la cicatrice est un peu inégale.

7 novembre 1904. La cicatrice est saine, mais adhérente. Le petit nodule, à la partie inférieure, a le volume d'un grain de blé. Il est recouvert d'une croûte. On y applique de la pâte arsenicale.

23 décembre 1904. Le petit nodule inférieur, traité le 7 novembre, a laissé une cicatrice saine. Toute la grande cicatrice est saine, adhérente sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Au centre, ulcération de la grandeur d'un grain de blé, avec une croûte sèche, bords amincis.

On peut encore sentir au fond un tout petit point osseux. La malade se plaint encore de quelques petits élancements rares et brefs dans toute l'étendue de la cicatrice.

7 novembre 1906. L'ancienne cicatrice est adhérente et saine, sauf cependant sur son bord droit qui est semé d'un chapelet de petites érosions recouvertes de petites croûtelles grandes comme une tête d'épingle. De plus, au milieu de l'arcade sourcilière droite, en bas et en dehors de l'ancienne cicatrice, on trouve une lésion grande comme un haricot, ovale, à grosse extrémité externe.

Cette lésion existait déjà, il y a deux ans, sous forme d'une petite érosion sur laquelle on a appliqué de la pâte arsénicale, qui n'a pas tenu. La malade ne s'en est pas inquiétée.

Depuis trois semaines, la lésion a grandi rapidement jusqu'à prendre la forme et les dimensions déjà signalées.

Elle est formée par trois petites érosions superficielles, occupant son pourtour, grande chacune comme un grain de mil ; deux sont situées en bas, la troisième sur le côté externe. Elles sont recouvertes d'une mince croûtelle brune.

Le reste est occupé par une cicatrice rose, lisse, souple au toucher, sans nodules. La lésion entière est souple, sans bourrelet à la périphérie ; elle est très superficielle.

Observation XIII (Personnelle.)

Prise dans le service de M. le Professeur Dubreuilh.

B..., âgé de soixante-neuf ans, entré à l'hôpital pour des lésions occupant la région préauriculaire droite et le lobule du nez, le 29 mars 1906.

Dans ses antécédents on ne relève rien de particulier. Pas de syphilis.

Il y a trois ans et demi, le malade étant dans la République Argentine, où il exerçait le métier de cultivateur, vit apparaître, pendant l'été, sur le lobule du nez, plusieurs petits boutons gros comme la tête d'une épingle. Peu à peu d'autres apparurent. Ces boutons une fois apparus ne grossissaient pas, mais ne disparaissaient jamais. Au bout d'un certain temps, ils finissaient par s'ulcérer et se recouvraient d'une croûte.

Le malade vit survenir ainsi, pendant sept ou huit ans, une série de boutons qui, s'ulcérant au fur et à mesure de leur formation, se sont peu à peu réunis pour former deux grandes ulcérations : l'une sur l'aile droite, l'autre sur l'aile gauche du nez. Elles étaient situées à l'union du cartilage et des os propres du nez. Peu à peu elles prirent de l'extension par le bas, puis vers la ligne médiane et finirent par se réunir en une ulcération unique occupant le lobule et les ailes du nez.

Cette ulcération était recouverte d'une croûte brunâtre qui s'enlevait facilement. La surface laissée à découvert laissait suinter une sérosité louche et la croûte se formait de nouveau.

Tel était l'état du malade il y a deux ans environ.

Dès le début de l'apparition des ulcérations, le malade s'est appliqué sur le nez une pommade blanche, sur la composition de laquelle il ne peut donner aucune explication.

Depuis ce temps, l'ulcération unique qui existait alors s'est peu à peu cicatrisée, sans aucun autre traitement que la pommade signalée plus haut.

On trouve actuellement, occupant le lobule du nez et la moitié antérieure des ailes droite et gauche, une lésion en partie cicatricielle, en partie ulcéreuse.

La cicatrice affecte la forme d'un quadrilatère irrégulier dont la longueur, dirigée transversalement, est de 3 centimètres environ, et la largeur verticale de 1 cent. 1/2.

Elle se continue directement avec la peau saine en bas et sur l'aile droite du nez; en haut et sur l'aile gauche, elle est un peu en contre-bas de la peau saine, qui forme autour de la cicatrice une légère saillie.

La coloration n'est pas uniforme, rouge en certains points, elle est ailleurs d'un blanc jaunâtre, surtout quand on exerce avec le doigt une

légère pression, elle est souple au toucher et non adhérente aux parties profondes.

La surface est irrégulière, hérissée de petites saillies mamelonnées.

Sur le pourtour de cette cicatrice se trouvent deux ulcérations : la première au niveau de son angle inférieur droit, la deuxième le long de son bord supérieur, dans son tiers gauche.

La première affecte la forme d'un triangle isocèle dont la base, dirigée en haut et à droite, est longue de 1/2 centimètre et le côté de 1 centimètre. Elle est recouverte d'une croûte sèche jaune. Si on enlève cette croûte, qui est très peu épaisse, on trouve un fond rouge, saignant. Le pourtour de l'ulcération est formé par un bourrelet cicatriciel de quelques millimètres d'épaisseur, de coloration rosée, un peu induré.

L'ulcération tout entière repose sur une base dure.

La deuxième ulcération est allongée transversalement, longue de 1 cent. 1/2, haute de 2 à 3 centimètres. Elle présente à peu près les mêmes caractères que la première; comme elle, elle est recouverte d'une croûte jaune très peu épaisse. Cependant, quand on enlève la croûte, le fond irrégulier et jaunâtre saigne moins. Le bourrelet cicatriciel est un peu moins épais, moins induré, et sa coloration diffère peu de celle des parties voisines.

Dans la région préauriculaire droite, en avant du lobule de l'oreille, on trouve une tumeur ulcérée de forme à peu près circulaire, un peu allongée cependant dans le sens vertical, présentant une hauteur de 3 centimètres et une largeur de 2 cent. 1/2. Elle est recouverte d'une croûte brune, qui, enlevée, laisse à découvert une ulcération profonde de quelques millimètres, de coloration jaunâtre, saignant assez facilement et sécrétant une sérosité louche. Le pourtour est limité par un bourrelet irrégulièrement mamelonné, de coloration rosée et présentant de l'induration.

La tumeur repose sur une base indurée. Cette induration ne s'étend pas au-delà de la tumeur elle-même.

Le malade a été opéré de la tumeur de la région préauriculaire le jeudi 19 avril 1906.

Jeudi 27 avril. Sur le nez, l'ulcération de droite est entièrement cicatrisée après application de pansements humides. Celle de gauche a

considérablement diminué. Il n'en reste qu'une petite ulcération grosse comme un grain de riz.

4 avril 1906. Le malade quitte l'hôpital le 4 avril, la plaie opératoire s'est réunie par première intention. La lésion du nez est dans le même état.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque l'origine épithéliale de l'ulcus rodens fut reconnue, et ce fut Thiersch en Allemagne qui le premier, vers 1865, rangea cette affection parmi les epithelioma, lui donnant le nom « d'epithelioma superficiel de la peau », les auteurs s'attachèrent à rechercher le tissu dans lequel la lésion débutait.

Il existe au niveau de la peau trois sortes de cellules épithéliales ;

les cellules de la couche de Malpighi,
les cellules des follicules pileux,
les cellules des glandes sébacées et sudoripares.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur le point de départ de la lésion, et tour à tour ces différentes sortes de cellules ont été incriminées. Nous avons déjà eu l'occasion en faisant l'historique de la question, de citer la discussion qui eut lieu à la Société pathologique de Londres, et nous y avons vu chacun des membres donner à la lésion un point de départ différent. Depuis, la divergence d'opinions à ce sujet n'a cessé de régner entre les différents observateurs, et le désaccord le plus grand existe encore entre eux à propos de cette question de l'origine de l'ulcus rodens.

L'origine malpighienne de la lésion compte de nombreux partisans : Hulcke en 1871, Spencer en 1894, Hutchinson Junior en 1896, K. Kreibich en 1898.

L'origine folliculaire a été émise par les frères Fox en 1879, et admise par Schattock en 1896 à la Société pathologique de Londres. En 1898, Karl Kreibich, dans un important travail cite trois observations, où l'origine folliculaire semble démontrée d'après lui ; et dans le résultat qu'il donne de l'examen microscopique des trois cas observés, il dit :

« A la profondeur de 1 millimètre 1/2, on voit la néoformation sortir de la couche des aiguillons (réseau de Malpighi) ou de l'épithélium des follicules, et dans tous les cas, les cellules proliférées se distinguent nettement du tissu normal par leur coloration intense et leur forme fuselée. »

Quand à l'origine sébacée et sudoripare, elle trouve de nombreux partisans en Angleterre et en Allemagne, et même en France.

C'est ainsi que Thiersch et Butlin en 1865, Kanthack et Beadles en 1894, donnent à la lésion une origine sébacée.

En 1894, Norman Walker, à la Société médicale de Londres, admet une origine sudoripare. C'est également l'opinion de Broca et de Verneuil qui lui ont donné le nom, le premier de — polyadénome — le second de — polyadénome sudoripare.

Enfin, en 1901, MM. Dubreuilh et Auché donnent à la lésion une origine malpighienne, tout en disant que certains îlots épithéliomateux peuvent naître soit des glandes sébacées, soit des folliculles pileux, et peut-être même de l'épiderme. D'après eux, les glandes sudoripares ne prennent aucune part à la formation de la tumeur. Quant à nous, notre peu d'expérience en la matière ne nous permet pas d'émettre une opinion et nous nous contenterons de décrire les lésions telles qu'elles se présentent à l'examen microscopique, sans essayer de leur donner telle ou telle origine.

L'anatomie pathologique de l'ulcus rodens, quelle que soit la forme sous laquelle il se présente, est toujours la même. Les caractères et le mode de groupement des cellules néoplasiques ne changent pas, que la lésion soit ulcéreuse ou non.

L'ulcus rodens siège dans la zone papillaire et dans le

derme. Il s'y développe, refoulant vers la profondeur le tissu conjonctif du derme qui se tasse, se condense, formant ainsi à la lésion une sorte de membrane, une sorte d'enveloppe moins épaisse sur les parties latérales que vers la profondeur. De cette membrane conjonctive ainsi formée partent des travées qui délimitent plusieurs lobules nettement distincts.

Comme tous les epithelioma, l'ulcus rodens est donc formé de deux ordres de tissu : tissu épithélial et tissu conjonctif.

Le tissu épithélial se présente sous des aspects variables, et MM. Dubreuilh et Auché ont ramené sa disposition à trois types : le type acineux, le type alvéolaire, le type trabéculaire. Ce n'est là, naturellement, qu'une division purement artificielle servant à faciliter la description. Cependant, dans les coupes, on trouve généralement une prédominance de tel ou tel type, et d'après les auteurs, le type trabéculo-alvéolaire est le plus fréquent.

Dans le type acineux, le tissu épithélial se présente sous forme de nappes plus ou moins arrondies, à contours toujours irréguliers. La périphérie de ces nappes épithéliales est semée de dépressions, ou bien, au contraire, on voit s'en détacher un certain nombre de bourgeons se rattachant à la masse principale par un pédicule.

Dans le type alvéolaire, les nappes épithéliales ne présentent pas cet aspect irrégulier qu'elles offrent dans le type précédent. Elles sont arrondies ou ovalaires et leur contour est régulier, non découpé.

Dans les types trabéculaires, les nappes, comme le nom l'indique, sont disposées sous forme de travées plus ou moins épaisses qui s'anastomosent entre elles. Ces travées sont pleines, mais peuvent circonscrire des kystes de nature variable.

Les cellules qui forment ces nappes épithéliales présentent des caractères très particuliers. Celles qui constituent la couche la plus externe, disposées en « palissade », suivant

l'expression de Dubreuilh, sont ordinairement cylindriques ou cubiques. Elles contiennent un protoplasma clair, peu granuleux, et un noyau arrondi ou ovalaire. Elles sont séparées les unes des autres par une ligne claire.

Plus en dedans, les cellules sont plus petites, arrondies et fusiformes avec un noyau relativement volumineux.

Au milieu de ces cellules, on trouve quelques figures karyokinétiques. A côté de ce processus de multiplication, on trouve des processus de dégénérescence. La cellule n'évolue pas ici comme dans l'epithelioma banal de la peau vers la kératinisation, de façon à produire un globe corné épidermique au centre du lobule épithélial.

Les différents modes de dégénérescence cellulaire de l'ulcus rodens aboutissent tous à la destruction de la cellule, de sorte qu'il se forme en définitive au centre des lobules de petites vacuoles : dans ces vacuoles, on voit subsister quelquefois quelques débris cellulaires, représentés par des filaments protoplasmiques (atrophie stellaire) quelquefois les cellules disparaissent complètement et au centre de la vacuole on voit une substance claire, hyaline.

L'atrophie et la nécrose des cellules ont pour résultat la formation de ces cavités kystiques que l'on rencontre fréquemment dans l'ulcus rodens. Souvent, cependant, ces kystes sont dus simplement à de petites lacunes existant dans les nappes épithéliales, lesquelles lacunes en se réunissant peuvent former des cavités plus grandes et constituer la forme kystique de l'ulcus rodens.

Telle est la constitution du tissu épithélial. Le stroma conjonctif qui entre dans la constitution de la tumeur est plus ou moins abondant, mais toujours il offre la disposition générale suivante : de la membrane fibreuse, qui résulte du tassement du tissu conjonctif du derme, partent des travées conjonctives circonscrivant des espaces de dimensions variables dans lesquels sont logées les nappes épithéliales. Ces travées sont plus ou moins épaisses, elles peuvent être formées par toutes les variétés du tissu conjonctif.

Les îlots épithéliaux qui constituent le nodule présentent des connexions avec l'épiderme et ses dépendances, auxquels ils se rattachent souvent par un pédicule court et de grosseur variable. L'examen des coupes en série permet de voir certains îlots épithéliaux se détacher du système pilo-sébacé, soit de la gaine épithéliale externe, au niveau de l'ouverture des glandes sébacées dans le collet folliculaire, soit au niveau du collet du follicule. Quelquefois, la naissance de ces îlots se fait au niveau de l'angle de réflexion de l'épiderme pour former le collet folliculaire, quelquefois même de la face profonde de l'épiderme lui-même.

Tels sont les caractères anatomo-pathologiques de l'ulcus rodens, dans la forme nodulaire, forme sous laquelle se présentent les lésions dans la variété d'ulcus rodens qui nous occupe.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

L'ulcus rodens étant une forme d'epithelioma, un diagnostic différentiel entre les deux affections ne semble pas avoir sa raison d'être. Mais si ces deux affections ont dans leurs généralités des points de ressemblance, elles diffèrent absolument dans leurs détails et possèdent chacune séparément des caractères particuliers, parfaitement individuels. Hutchinson, dans son « *Clinical Report on Rodent ulcer* », écrivait :

« Le diagnostic de l'ulcus rodens est généralement facile. Un ulcère pourvu d'un bord sinueux, induré, situé sur une partie quelconque des deux tiers supérieurs de la face, ayant existé depuis plusieurs ou de nombreuses années, presque indolore et survenant chez une personne moyennement âgée, jouissant d'une bonne santé et chez laquelle on ne trouve aucune hypertrophie glandulaire... un tel ulcère appartient presque infailliblement au type rodens ».

Ce sont là, en effet, les principaux symptômes de l'ulcus rodens. Sa bénignité, c'est-à-dire son évolution lente et l'absence complète de retentissement ganglionnaire suffisent pour le différencier des autres formes d'epithelioma, du cancroïde de la face par exemple. Celui-ci, en effet, à une évolution rapide et toujours suivie de retentissement ganglionnaire.

Mais de nombreux caractères différencient encore les deux affections. Tandis que dans l'ulcus rodens, l'état général du malade est toujours bon, dans le cancroïde, au contraire, il peut aboutir à la cachexie. L'ulcération du cancroïde saigne au moindre contact, tandis que l'ulcus rodens a une tendance très faible aux hémorragies. Enfin, le siège est un point assez important, l'ulcus rodens se trouvant généralement dans les deux tiers supérieurs de la face, tandis que le siège de prédilection du cancroïde est la lèvre inférieure.

Donc, évolution lente, sans retentissement ganglionnaire, avec état général bon, tels seront les principaux caractères qui différencieront l'ulcus rodens d'avec les autres formes d'epithelioma.

De plus, il faudra se souvenir que l'ulcus rodens détruit surtout en surface; les autres formes, au contraire, gagnent la profondeur et constituent des masses épaisses, augmentées par le bourgeonnement de la surface, elles constituent en somme, de véritables tumeurs, tandis que l'ulcus rodens n'est qu'un ulcère.

Quant au diagnostic différentiel de la forme atrophique d'avec les autres formes d'ulcus rodens, on ne peut donner pour l'établir de caractères bien précis. Cependant, on se basera surtout pour établir son diagnostic sur l'absence de grandes ulcérations et sur la grande étendue de la cicatrice, qui constitue pour ainsi dire toute la lésion.

L'ulcus rodens au début, alors qu'il n'est encore qu'à l'état d'un simple nodule, sera difficile à connaître. On pourra le prendre pour un petit bouton, une verrue ou une simple excoriation; mais plus tard, les difficultés deviendront encore plus grandes. En présence d'une lésion cutanée, non ulcéreuse, à peu près indolente, à cicatrisation centrale spontanée, s'étendant excentriquement pendant dix ou vingt ans sans changer d'aspect, c'est-à-dire d'une lésion ayant les caractères d'un ulcus rodens à forme atrophique, on pensera d'abord à la syphilis tertiaire ou à du lupus.

Il nous faut donc mettre en relief les caractères différents

de ces trois affections afin d'éviter cette erreur dans laquelle un médecin non prévenu tombera fatalement. La difficulté du diagnostic différentiel entre l'ulcus rodens atrophique et la syphilis tertiaire nous est nettement prouvée par l'hésitation des médecins les plus compétents dans la matière. Nous voyons, en effet, un malade de M. Thiebierge soumis pendant un temps assez long, soit par M. Besnier, soit par M. Thiebierge au traitement antisyphilitique, et ce n'est qu'après un temps assez long que M. Besnier, voyant l'insuccès du traitement spécifique, émet l'hypothèse d'une lésion épithéliomateuse. La même erreur fut commise pendant cinq mois pour une malade de M. Dubreuilh (observation XII), qui fut soumise tout d'abord au traitement mixte. Elle s'était présentée à la consultation le 15 juillet 1903, et ce n'est qu'au mois de novembre que les nodules prennent les caractères particuliers de l'ulcus rodens avec leur dureté et leur coloration spéciales et leur réseau de fines dilatations vasculaires à la surface.

Les lésions cutanées de la syphilis qui ressemblent le plus à l'ulcus rodens atrophique sont les syphilides tuberculeuses sèches, et ce sont elles que nous visons ici. Les deux affections ont entre elles de nombreux caractères communs que nous allons d'abord énumérer.

Les syphilides tertiaires débutent généralement dans l'âge mûr. Elles peuvent envahir toutes les régions du corps, mais elles ont des sièges de prédilection : la face est de beaucoup la région la plus fréquemment envahie, et notamment le front, la tempe, les ailes du nez. Elles atteignent aussi très souvent le cuir chevelu. Dès 1852, Bassereau donne un relevé dans lequel, sur 70 cas, la face est atteinte 26 fois, le cuir chevelu 5 fois.

Les syphilides tuberculeuses ont une évolution très lente. Elles sont constituées par de petites tumeurs enchâssées dans la peau, solides, fermes, consistantes; elles peuvent être distribuées sans méthode, mais le plus généralement elles affectent la forme circulaire de façon à constituer un

anneau complet ou incomplet, ou une ligne irrégulière formée par une série d'arcs de cercle. Le centre est ou bien sain, ou bien criblé de tubercules disposés soit au hasard, soit en anneaux concentriques.

Quelquefois, ces petites tumeurs, ces nodules disparaissent sans laisser la moindre trace; quelquefois, au contraire, ils marquent leur passage par une tache maculeuse plus ou moins résistante. Très souvent elles sont remplacées par une cicatrice d'abord rouge, puis devenant blanche, mais durable et définitive. On conçoit alors que la lésion puisse prendre l'aspect général de l'ulcus rodens atrophique; à savoir : une aire cicatricielle centrale contenant ou non des nodules, limitée par un bourrelet périphérique continu ou non, et constitué lui-même par un plus ou moins grand nombre de nodules.

Mais si ces deux affections possèdent un grand nombre de caractères communs, que nous venons d'énumérer, nous pouvons trouver dans leur symptomatologie et leur évolution de nombreux points qui permettent de les différencier. Les syphilides tuberculeuses sèches ont, avons-nous dit, une affection spéciale pour la face et le cuir chevelu; mais au contraire de l'ulcus rodens atrophique, ces lésions peuvent être multiple. Malgré la tendance des syphilides tertiaires à se grouper et à occuper une région unique, en même temps que sur la face, on peut en trouver sur une région quelconque du corps. Leur marche est beaucoup plus rapide, et les malades, au moment où on les observe, ne font généralement pas remonter le début de leurs lésions à plus de deux ou trois ans.

Au point de vue symptomatique, le nodule syphilitique diffère du nodule de l'ulcus rodens, d'abord par ses dimensions : le nodule syphilitique est généralement plus gros et sa grandeur est comparable, en moyenne, à celle d'un petit pois. De plus, ils sont plus rouges et leur nuance varie du rouge cuivré au rouge sombre; ils ont un aspect « jambonné ». Ils sont moins bien limités, moins durs que ceux de l'ulcus

rodens. Jamais on ne trouve à leur surface le réseau de dilatation veineuse spécial aux néoplasies, que l'on trouve très fréquemment dans l'ulcus rodens.

Alors que l'ulcus rodens offre dans son ensemble une forme tout à fait irrégulière, la syphilide tuberculeuse sèche est, comme nous l'avons dit, limitée à la périphérie, soit par une série d'arcs de cercle soit par un cercle complet.

Quant à l'aire cicatricielle laissée par la disparition des nodules, elle peut ne pas être formée d'une seule pièce, et présenter par places des îlots de peau restée tout à fait saine.

De plus, elle en diffère par sa coloration. Alors que la cicatrice de l'ulcus rodens est d'un rose pâle, devenant blanche par la pression, la cicatrice des syphilides offre une coloration variant avec l'âge de la lésion. Rouge au début, elle devient tout à fait blanche, offre d'abord une pigmentation centrale ; cette pygmentation disparaît ensuite au centre, qui devient tout à fait blanc pour ne subsister qu'à la périphérie, qui offre alors un liseré brunâtre plus ou moins large.

Enfin, en dehors de l'aspect des lésions, on pourra parfois découvrir, en interrogeant le malade, soit un chancre, soit des accidents secondaires qui seront d'un précieux secours pour établir un diagnostic ferme. En cas de doute, on pourra établir le traitement spécifique, sans oublier cependant qu'il reste très souvent sans effet sur les lésions tertiaires, alors qu'au contraire, on l'a vu apporter une amélioration notable dans certains cas d'ulcus rodens. (Observations I et XII.)

Il nous reste maintenant à établir le diagnostic différentiel entre le lupus et l'ulcus rodens atrophique. Ici encore nous procéderons comme pour la syphilis tertiaire, c'est-à-dire, que nous commencerons par exposer les caractères communs aux deux affections. Ici, comme ailleurs, la lésion débute par un petit nodule, généralement de la grosseur d'un grain de chénevis, quelquefois beaucoup plus petit, quelquefois au contraire pouvant atteindre les dimensions d'un pois. Puis, il se produit de nouveaux nodules qui se confondent

avec le premier et forment un placard. Ce placard peut offrir une régression spontanée, qui se fait de préférence au centre, en laissant toujours une cicatrice.

En même temps que la cicatrisation se fait au centre, la lésion s'étend excentriquement et forme, en définitive, une plaque cicatricielle limitée par un bourrelet périphérique continu ou non, constitué par un certain nombre de nodules.

Dans la description que nous venons de faire, nous avons visé surtout une forme particulière de lupus, le lupus plan non ulcéreux. Mais dans une autre forme, la forme ulcéreuse du lupus plan, il peut se produire de petites ulcérations qui se recouvrent de croûtes, augmentant ainsi la ressemblance du lupus avec ces formes d'ulcus rodens à forme atrophique dans lesquelles on trouve soit sur la cicatrice, soit le long du bourrelet périphérique, de petites érosions qui se recouvrent de croûtes brunâtres et qui proviennent de l'ulcération à leur centre, des nodules.

Nous voyons donc que dans son ensemble l'affection pourra prendre l'aspect de l'ulcus rodens atrophique.

Mais le lupus est surtout une affection de la jeunesse ou de l'adolescence, au contraire de l'ulcus rodens atrophique, qui, comme nous l'avons dit, débute dans l'âge mûr, de quarante à cinquante ans.

Le lupus affectionne particulièrement la face, mais nous savons que c'est surtout son centre qu'il atteint, à savoir : le nez, les joues et les oreilles. Si on le trouve parfois au front, c'est presque toujours par extension de la lésion, des oreilles vers celui-ci, car le lupus ne débute presque jamais au front et il n'atteint jamais le cuir chevelu. Le nodule lupique ne diffère pas beaucoup par ses dimensions de celui de l'ulcus rodens. Mais il en diffère par sa coloration, qui est d'un jaune rougeâtre, ne ressemblant nullement au nodule brunâtre ou grisâtre de l'ulcus rodens. Il en diffère également par sa consistance très molle et son extrême friabilité.

Alors que la plaque d'ulcus rodens a une forme tout à fait irrégulière, la plaque lupique, comme les syphilides tertiaires affecte une forme circinée et est limitée soit par un cercle unique, soit par une série d'arcs de cercle.

La plaque de lupus est toujours accompagnée d'une infiltration plus ou moins grande des tissus qu'elle recouvre, et la coloration jaune rougeâtre des nodules est souvent masquée par un érythème diffus de toute la région malade.

Le bourrelet périphérique est toujours constitué, dans le lupus, par une série interrompue ou non de nodules. Jamais on ne trouvera comme dans l'ulcus rodens la saillie régulière, dure, de coloration rose qui limite la lésion. Les ulcérations, quand elles existent, se recouvrent de croûtes de coloration brune comme dans l'ulcus rodens. Mais les ulcérations sont en général plus nombreuses et les croûtes qui les recouvrent plus épaisses, plus dures, et si on les enlève, au lieu de mettre à découvert un fond qui laisse suinter une sérosité jaunâtre peu abondante, on trouve un fond rouge, recouvert de fongosités et suppurant abondamment. De plus, ces ulcérations ne présentent pas à leur périphérie un bourrelet induré comme les ulcérations de l'ulcus rodens.

Le lupus est généralement torpide ; on n'y trouve pas de ces douleurs spontanées que l'on trouve quelquefois sous forme de lancements dans la lésion qui nous occupe. L'affection est parfois simplement le siège d'un peu de prurit (Gaucher), quelquefois on trouve une douleur minime à la pression.

Enfin un foyer lupique retentit toujours sur les ganglions lymphatiques qui se tuméfient et peuvent même devenir caséeux ou s'abcéder.

Donc, coloration des nodules, absence d'infiltration des tissus et de retentissement ganglionnaire sont les caractères principaux qui différencieront l'ulcus rodens atrophique du lupus tuberculeux.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'ulcus rodens atrophique par son évolution lente, l'absence de retentissement ganglionnaire, son caractère local et son siège superficiel, est une affection relativement bénigne. Mais cependant certaines conditions entrent en jeu pour aggraver le pronostic. Il ne faudra pas, en effet, oublier le caractère néoplasique de la lésion. De plus, nous avons vu dans plusieurs de nos observations la tendance récidivante de cette maladie, et dans un cas que nous avons cité (Observation XI), la lésion qui occupait le front et avait dans cette région les caractères de l'ulcus rodens à forme atrophique, a pris, en envahissant la racine du nez, la forme térébrante et une évolution rapide.

Toutes ces considérations entreront en ligne de compte pour réserver le pronostic et en raison d'une récidive toujours possible, la guérison complète pourra être rarement affirmée.

Le traitement de l'ulcus rodens à forme atrophique offre des difficultés toutes particulières ; ceci tient sans doute à ce que le tissu de la cicatrice n'est pas sain et contient des nodules qui repullulent sans cesse.

Un moyen précieux dans toutes les formes d'epithelioma de la peau est l'emploi de caustiques parmi lesquels nous placerons en première ligne l'acide arsénieux, employé soit en solution soit sous forme de pâte.

De nombreux topiques ont été employés et parmi eux nous citerons l'acide pyrogallique à 10/000 employé par Kaposi, à Vienne; la résorcine en pommade, que préconise surtout Unna, de Hambourg; l'acide picrique en solution saturée.

Mais nous ne nous arrêterons pas à tous ces moyens et nous donnerons la préférence à l'acide arsénieux employé sous forme de pâte dont la formule est la suivante :

Acide arsénieux.........	} ââ 1 gramme
Gomme	
Poudre de talc.............	30 grammes

Cette pâte, que nous avons vu couramment employer dans le service de M. le Professeur Dubreuilh, produit dans les premiers jours de son application une vive réaction inflammatoire, et un œdème parfois très considérable des parties voisines; puis il se produit une escarre de toute la surface couverte par la pâte. Cette escarre s'élimine peu à peu dans un temps plus ou moins long.

On pourra également, suivant la méthode de Czerny Trunececk employer l'acide arsénieux sous forme de solution faible dont la formule est la suivante :

Acide arsénieux	1 gramme
Eau	} ââ 75 grammes
Alcool....................	

L'application de cette solution précédée de raclage suivant la méthode du docteur Carle, de Lyon, a donné dans un cas une guérison complète en trois mois. La méthode consiste à racler la lésion à la curette deux fois par semaine et à appliquer des compresses de la solution arsenicale de Czerny ; les compresses sont renouvelées tous les jours.

La solution est renforcée progressivement jusqu'à la formule suivante :

Acide arsénieux	1 gramme
Eau	} ââ 30 grammes
Alcool....................	

Mais ce dernier procédé est surtout à préconiser dans l'ulcus rodens ulcéré. Or, l'emploi de la pâte arsenicale offre dans la forme qui nous occupe un danger tout particulier. Le siège de prédilection de la lésion est en effet, comme nous l'avons dit, le front ou la tempe, c'est-à-dire des régions où les tissus nous offrent une épaisseur très peu considérable.

L'action nécrosante de la pâte peut par conséquent se produire facilement, non seulement sur la cicatrice et sur les nodules qui forment la lésion, mais encore sur le squelette sous-jacent et produire, par conséquent, une escarre osseuse dont l'élimination est extrêmement lente.

Nous citerons comme exemple un cas que nous avons publié parmi nos observations (observation XII).

A notre avis, le meilleur mode de traitement, sera le traitement chirurgical. Mais pour qu'il soit applicable, il faut que le malade présente des conditions spéciales : la maladie doit être à son début ou du moins la lésion ne doit pas présenter une extension trop grande. Alors que l'ulcus rodens ne se présentera que sous la forme d'un petit nodule, ou d'une plaque très peu étendue, l'excision totale suivie de suture suffira. Dans les cas où la plaque d'ulcus rodens présentera une assez grande étendue, la suture ne sera plus possible. Mais on pourra recourir encore au traitement chirurgical. On pratiquera l'excision totale et pour réparer la perte de substance ainsi produite, on emploiera un procédé autoplastique quelconque : la greffe de Thiersch, par exemple, ou même le procédé d'autoplastie par la méthode française, qui consiste dans l'incision et le décollement de lambeaux à la périphérie de la lésion et à leur réunion par des points de suture. C'est le procédé que nous avons vu employer par Dubreuilh, dans un cas que nous avons cité parmi nos observations (observation XI). Mais lorsque la lésion est trop étendue, comme dans le cas de Thiebierge, par exemple (Observation I), où elle occupait presque tout le cuir chevelu, il faut renoncer au traitement chirurgical.

Il faudra recourir alors à des moyens palliatifs, par exem-

ple à des curetages répétés suivis de cautérisation au chlorure de zinc. Reste enfin un dernier mode de traitement : la radiothérapie, qui parait ici tout indiqué. Nous lisons dans le *Britisch médical Journal* du 6 juin 1903 : « Dans les grands ulcus rodens ulcérés et térébrants, les rayons X donnent des résultats tout à fait remarquables, les lésions se rétractent et se cicatrisent définitivement. Les lésions osseuses sont plus rebelles, il y a souvent aussi des nodules persistants sur les bords, qui résistent longtemps. Il ne faut pas craindre de pousser l'action des rayons X jusqu'à une réaction inflammatoire notable. (Mr Horris and E. Don). »

Dans le même journal, J. Sequeira, 6 juin 1903, page 1307, dit : « La radiothérapie n'est pas indiquée pour les petites lésions qu'on peut facilement exciser avec le bistouri ; elle est surtout utile pour les cas où l'opération est impossible, on ferait trop de délabrements. On obtient d'abord une épidermisation générale de l'ulcère, mais le bourrelet qui forme le bord de la lésion est assez tenace.

Les lésions des cartilages sont aussi très rebelles. Dans la moitié des cas on voit, après une guérison apparente, des rechutes, généralement sur le bord et provenant d'îlots néoplasiques qui ont échappé à la destruction. On en vient facilement à bout par un nouveau traitement. »

Nous possédons nous-même une observation que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Petges, à qui nous adressons ici tous nos remerciements, dans laquelle la guérison a été obtenue par la radiothérapie. Voici cette observation :

« X..., officier, vingt-cinq ans. Excellente santé générale, mai 1903. Présente, depuis deux ans et demi, la lésion suivante :

» Une ulcération superficielle d'un demi-centimètre de long sur un quart de centimètre de large au niveau de la partie inférieure de l'aile du nez, près du lobule : cette ulcération a un fond rouge, mamelonné, granuleux, des bords durs non décollés, légèrement surélevés. Sa forme est irré-

gulière. La lésion n'intéresse que la peau, il n'y a pas d'adhérence profonde sous-cutanée. M. Dubreuilh, à qui le malade est envoyé en 1902, fait un curetage de la lésion qui est ainsi enlevée ; cicatrisation sous pansements humides en quelques jours.

» Six mois plus tard, récidive, la lésion s'étend du côté du lobule.

» Le malade est envoyé à M. Busquet, à l'hôpital militaire de Bordeaux, où il est traité par la radiothérapie pendant cinq mois environ. Au bout de ce temps, les appareils de l'hôpital militaire ayant besoin de réparation, le malade est envoyé à M. Bergonié, qui fait trois séances de rayons X à quinze jours d'intervalle. L'intensité est assez élevée et les séances durent dix minutes. La guérison est obtenue.

» Actuellement (janvier 1907), la guérison se maintient avec une cicatrice souple, non adhérente, non perceptible. »

Nous voyons donc que la radiothérapie peut être très utile dans le traitement de l'ulcus rodens ulcéré et nous avons le droit de penser qu'il serait encore plus efficace dans le traitement de l'ulcus rodens atrophique où les lésions sont plus superficielles. Mais nous manquons de documents et d'expérience personnelle, aussi ne pouvons-nous donner notre avis sur la question.

CONCLUSIONS

1º L'ulcus rodens atrophique est une affection cutanée qui, par sa symptomatologie toute spéciale, se différencie facilement des autres formes d'epithelioma, ainsi que de toutes les autres affections de la peau et en particulier du lupus et de la syphilis tertiaire avec lesquels elle est le plus susceptible d'être confondue.

3º L'ulcus rodens atrophique est une affection relativement bénigne à cause de son évolution très lente, de son caractère local et de l'absence de retentissement ganglionnaire.

4º Les caustiques, si précieux dans les autres formes d'epithelioma de la peau, perdent de leur valeur dans le traitement de l'ulcus rodens atrophique, à cause de la localisation presque constante de la lésion au front.

Le traitement chirurgical paraît être le traitement de choix lorsque la lésion n'est pas très étendue. Quand à la radiothérapie, le peu de matériaux que nous avons pu rassembler à ce sujet, ne nous permet pas de nous faire une idée bien juste de sa valeur.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
W. DUBREUILH.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 janvier 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

HALLOPEAU. — Société française de dermatologie, Mai 1896.

THIEBIERGE. — Société française de dermatologie, Avril 1894.

BODIN. — *Annales de dermatologie*, 1904, p. 1040.

Bulletin scientifique de médecine de l'Ouest, 1904, p. 162.

MILIAN. — Ulcus rodens atrophique. Société de dermatologie, Novembre 1903.

CROCKER et PERNET. — Rodent ulcer. *Britisch Journal of Dermatology*, 1901, p. 13.

GALLOWAY (J.). — Tumor with melanotic pigmentation. *Britisch Journal of Dermatology*, 1898, p. 193.

DUBREUILH et AUCHÉ. — *Annales de dermatologie*, Août-Septembre 1901.

DUBREUILH. — Précis de Dermatologie. Collection Testut.

ALLINGHAM. — Maladies du rectum. Traduit par le docteur Poinsot (Paris, Adrien Delahaye et Cie, éditeurs).

GAUCHER. — *Journal de médecine interne de Paris,* 15 Février 1904. Le lupus tuberculeux.

MORRIS AND DON (E.). — *Britisch médical Journal,* 6 Juin 1903, p. 1304.

SEQUEIRA (J.). — *Britisch médical Journal*, 6 Juin 1903, p. 1307.

ROUX. — Ulcus rodens. Thèse de Lyon, 1901.

DANGERFIELD. — Ulcus rodens. Thèse de Paris, 1892.

DUBREUILH. — Ulcus rodens atrophique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 19 Août 1906.

Bordeaux. — Imprimerie du Midi, P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.